

Aus dem Bereich Allgemeinmedizin
der Medizinischen Fakultät der Universität des Saarlandes, Homburg/Saar
Dekan: Professor Dr. med. M. D. Menger

**Die Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden im
Saarland aus Sicht von Betroffenen, Pflegefachkräften und
Pflegedienstleitungen ambulanter und stationärer
Pflegeeinrichtungen sowie Hausärzten (ChroWuSaar)**

*Dissertation zur Erlangung des Grades einer
Doktorin der Theoretischen Medizin (Dr. rer. med.)
der Medizinischen Fakultät
der UNIVERSITÄT DES SAARLANDES*
14. Mai 2018

Doktorvater: Professor Dr. med. Johannes Jäger, MME
Zweitgutachterin: Professorin Dr. phil. Susanne Grundke, M.A.

vorgelegt von: Désirée Gisch geb. Schäfer
geb. am 26. Juli 1986 in Saarbrücken

Abstract

The management of patients with chronic wounds in the primary care, Saarland (Germany)

Background: Non-healing wounds are usually secondary complications of chronic diseases. The aim of the study was to analyze the care of people with chronic wounds in outpatient care and nursing homes under primary care. In result of the study, recommendations for action as goal-orientated multi-professional cooperation should be recognized.

Subject of analysis: The emphasis of this work was on recording and documenting the quality of life of patients with leg ulcers, pressure ulcers or diabetic foot syndrome and their treatment goals and benefits as well as the individual orientated nursing and primary care quality. In addition, the care structures of the respective institutions as well as the inter-professional delivery practice of wound management were examined by nurses, head nurses and managing directors from ambulatory care services and 74 nursing homes and family practitioners.

Methodology: The study took place in Saarland (Germany) across different sectors in year 2016 over continuous period between 6 and 22 weeks. The data was collected via online and/or paper-pencil survey. The figures and analysis were carried out with the statistics program IBM SPSS Statistics Version 23 and the software MAXQDA 12.

Results: 50 patients, 353 nurses, 44 Head nurses and managing directors from 20 ambulatory care services and 74 nursing homes as well as 10 family practitioners were successfully recruited for the study. As a part of result of the study it is determined that people with chronic wounds in the home environment are perceived as having lower quality of life in comparison with nursing home residents. Reasons for this were obesity ($\sim \text{BMI} > 33\text{kg} / \text{m}^2$), wound size ($\sim 12\text{cm}^2$), recurrence rate (4.8 ± 5.7) and continuous pain (75%). In the nursing home practice information meetings would mainly be offered for those affected and their relatives. In contrast, guidance meetings took place for patients in home environment settings very rarely. Most of the care programs are largely taken over by representatives of medical device manufacturers or home care companies. Advice, training and guidance as well as promotion of self sustainability were rarely offered in facilities. Family practitioners would in the last 24 months period hardly attend training sessions on wound-specific topics. The information, advice and instructions are seen by medicine staff as basics for their work. The family practitioner report shows average estimate extensiveness of chronic wounds of 15.6% at home settings and 27.6% in inpatients care settings. The figures for social care services as for people with chronic wounds in outpatients care and nursing settings show on average 4.6% of chronic wounds prevalence.

Kurzzusammenfassung

Keywords: *ulcus cruris, pressure ulcer, diabetic foot, quality of life, wound management, ambulatory care, nursing home, nurse, family practitioner*

Kurzzusammenfassung

Die Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden in der saarländischen Primärversorgung

Hintergrund: Nicht heilende Wunden sind meist Folgekomplikationen chronischer Erkrankungen. Das Ziel der Studie lag darin, die Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen unter hausärztlicher Betreuung zu analysieren. Daraus sollten Handlungsempfehlungen für eine zielführende multiprofessionelle Zusammenarbeit formuliert werden.

Fragestellung: Fokussiert wurden die Erfassung der Lebensqualität von Menschen mit Ulcus cruris, Dekubitus oder Diabetischem Fußsyndrom, deren Behandlungsziele und -nutzen sowie die subjektiv wahrgenommene pflegerische und hausärztliche Versorgungsqualität. Darüber hinaus wurden die Versorgungsstrukturen der jeweiligen Einrichtungen wie auch die interprofessionelle Versorgungspraxis des Wundmanagements von Pflegefachkräften, Pflegedienstleitungen und Hausärzten untersucht.

Methodisches Vorgehen: Die saarlandweite Querschnittsstudie fand im Jahr 2016 zwischen der 6. und 22. KW statt. Die Daten wurden mittels Online- und/oder Paper-Pencil-Befragung erhoben. Die Datenanalyse erfolgte mit dem Statistikprogramm IBM SPSS Statistics Version 23 und der Software MAXQDA 12.

Ergebnisse: 50 Betroffene, 353 Pflegefachkräfte, 44 Pflegedienstleitungen aus 20 ambulanten Pflegediensten und 74 stationäre Pflegeeinrichtungen sowie 10 Hausärzte konnten für die Studie erfolgreich rekrutiert werden. Menschen mit chronischen Wunden im häuslichen Umfeld nahmen eine geringere Lebensqualität im Vergleich zu Pflegeheimbewohnern wahr. Gründe hierfür stellten Adipositas ($\sim\text{BMI} > 33\text{kg/m}^2$), Wundgröße ($\sim 12\text{cm}^2$), Rezidivrate ($4,8 \pm 5,7$) und kontinuierliche Schmerzen (75 %) dar. Im pflegerischen Alltag wurden zum Großteil Informationsgespräche für Betroffene und deren Angehörige angeboten. Dagegen fanden Anleitungssituationen kaum statt. Die Veranstaltungen werden zum Großteil von Vertretern der Medizinproduktehersteller oder Home-Care-Unternehmen übernommen. Beratung, Schulung und Anleitung sowie Förderung des Selbstmanagements wurden in Einrichtungen seltener angeboten. Hausärzte nahmen in den letzten 24 Monaten kaum Fortbildungsveranstaltungen zu wundspezifischen Themen wahr und sahen für sich größtenteils auch keinen weiteren Bedarf. Informationen, Beratungen und Anleitungen sehen sie als Grundlage ihrer ärztlichen Tätigkeit. Die Angaben der Ärzte lassen eine mittlere Prävalenz chronischer Wunden von 15,6 % in der Häuslichkeit und 27,6 % in stationären Pflegeeinrichtungen beziffern. Die Angaben von Pflegedienstleitungen (ambulant und stationär) ergaben eine durchschnittliche Prävalenz von 4,6 %.

Kurzzusammenfassung

Schlüsselwörter: Ulcus cruris, Dekubitus, Diabetischer Fuß, Lebensqualität, Wundmanagement, ambulante Pflegeeinrichtung, stationäre Pflegeeinrichtung, Pflegefachkraft, Allgemeinmediziner

Inhaltsverzeichnis

Abstract	I
Kurzzusammenfassung	III
Inhaltsverzeichnis	V
1 Einleitung	1
2 Theoretischer Rahmen	8
2.1 Menschen mit chronischen Wunden und die Aufgabe, Selbstmanagementkompetenzen zu stärken	9
2.1.1 Chronische Wunden	13
2.2 Versorgungsstrukturen von Menschen mit chronischen Wunden in der Primärversorgung	20
2.2.1 Pflegerische Versorgung in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen	20
2.2.2 Hausärztliche Versorgung	23
2.3. Systematische Literaturrecherche	25
2.3.1 Internationaler Stand der Forschung	27
3 Ziel und Forschungsfragen	41
3.1 Forschungsfragen	41
3.1.1 Menschen mit chronischen Wunden	41
3.1.2 Pflegefachkräfte ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen	42
3.1.3 Pflegedienstleitungen ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen	42
3.1.4 Hausärzte	42
4 Studiendesign und -methoden	44
4.1. Theoretischer Rahmen	44
4.1.1 Systemtheoretisches Modell des Versorgungssystems: das Throughput-Modell	44
4.1.2 Der symbolische Interaktionismus	45
4.2 Studiendesign	46
4.3 Studienpopulation und Feldzugang	48
4.3.1 Pflegedienstleitungen ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen	48
4.3.2 Menschen mit chronischen Wunden	49
4.3.3 Pflegefachkräfte ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen	50
4.3.4 Hausärzte	50
4.4 Ethische Prinzipien	50
4.5 Fragebogenkonstruktionen und Pretests	51
4.5.1 Menschen mit chronischen Wunden	51
4.5.2 Pflegefachkräfte ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen	52
4.5.3 Pflegedienstleitungen ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen	54

Inhaltsverzeichnis

4.5.4 Hausärzte	55
4.6 Datenerhebung.....	56
4.6.1 Menschen mit chronischen Wunden	56
4.6.2 Pflegefachkräfte ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen.....	57
4.6.3 Pflegedienstleitungen ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen	57
4.6.4 Hausärzte	57
4.7 Datenanalyse	58
5 Ergebnisse	59
5.1 Soziodemografische Merkmale der Teilnehmenden	59
5.1.1 Soziodemografische Merkmale der Betroffenen.....	59
5.1.2 Soziodemografische Merkmale der Pflegefachkräfte	61
5.1.3 Soziodemografische Merkmale der Pflegedienstleitungen	63
5.1.1 Soziodemografische Merkmale der Hausärzte.....	65
5.2 Versorgungsstrukturen der Teilnehmenden	66
5.2.1 Versorgungsstrukturen der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen.....	66
5.2.2 Versorgungsstrukturen der Hausärzte	68
5.3 Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden im Saarland	68
5.3.1 Wundversorgung aus Sicht von Betroffenen	68
5.3.2 Interprofessionelle Versorgungsrealität	83
6 Diskussion.....	120
6.1 Ergebnisdiskussion.....	120
6.2 Methodendiskussion	144
7 Fazit und Ausblick	149
8 Literaturverzeichnis	164
9 Abbildungsverzeichnis.....	179
10 Tabellenverzeichnis.....	186
11 Abkürzungsverzeichnis.....	188
12 Glossar.....	190
Anhang.....	CXCVI
I Allgemeines inhaltsanalytisches Ablaufmodell nach Mayring.....	CXCVI
II Studiendokumente	CXCVII
II.I Bewilligungsschreiben	CXCVII
II.II Dokumente für Betroffene.....	CXCIX
II.II.I Anleitungsmanual für betreuende Pflegefachkräfte.....	CXCIX
II.II.II Studieninformationsbroschüre für Betroffene	CCI
II.II.III Einwilligungserklärung	CCV
II.II.IV Fragebogen für Betroffene.....	CCVI

Inhaltsverzeichnis

II.II.V Ergebnisse der quantitativen Auswertung der Befragung von Betroffenen ...	CCXXI
II.II.VI Ergebnisse der qualitativen Auswertung der Befragung von Betroffenen..	CCXXIX
II.III Dokumente für Pflegefachkräfte ambulanter und stationärer Einrichtungen...	CCXXXIII
II.III.I Anschreiben für Pflegefachkräfte ambulanter und stationärer Einrichtungen CCXXXIII
II.III.II Fragebogen für Pflegefachkräfte ambulanter und stationärer Einrichtungen CCXXXIV
II.III.III Ergebnisse der quantitativen Auswertung der Befragung von Pflegefachkräften ambulanter und stationärer Einrichtungen	CCLXV
II.III.IV Ergebnisse der qualitativen Auswertung der Befragung von Pflegefachkräften ambulanter und stationärer Einrichtungen	CCXCV
II.IV Dokumente für Pflegedienstleitungen ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen CCC
II.IV.I Anschreiben	CCC
II.IV.II Fragebogen zur Stichtagserhebung.....	CCCI
II.IV.III Ergebnisse der quantitativen Auswertung der Befragung von Pflegedienstleitungen ambulanter und stationärer Einrichtungen.....	CCCXIV
II.IV.IV Ergebnisse der qualitativen Auswertung der Befragung von Pflegedienstleitungen ambulanter und stationärer Einrichtungen.....	CCCXIX
II.V Dokumente für Hausärzte	CCCXXIV
II.V.I Anschreiben	CCCXXIV
II.V.II Studieninformation via E-Mail	CCCXXV
II.V.III Fragebogen	CCCXXVI
II.V.IV Ergebnisse der quantitativen Auswertung der Befragung von Hausärzten	CCCLIX
II.V.V Ergebnisse der qualitativen Auswertung der Befragung von Hausärzten	CCCLXXXI
IV Eidesstattliche Erklärung.....	CCCLXXXIII
Danksagung	CCCLXXXV

1 Einleitung¹

Die Auseinandersetzung mit chronischen Geschwüren lässt sich in der Geschichte der Menschheit Jahrtausende zurückverfolgen. Durch Aderlass, Schröpfen und andere therapeutische Eingriffe versuchte man, die Wunde zum Abheilen zu bringen. Half kein pflanzliches Mittel, so kam die Hexen-, Zauber- und Teufelsmedizin zum Einsatz (Hach & Hach-Wunderle, 2014, S. 928). Vom Mittelalter bis zur Neuzeit basierte Heilung auf drei Säulen, a) kurativ, b) geistlich und c) dämonisch. Als Beispiel sei der Schutzpatron der Beinleidenden, Peregrinus Laziosi (1265–1345), der durch ein Wunder über Nacht von seinem Beinleiden geheilt wurde, zu erwähnen. Noch heute ist sein Grab in Forli eine Pilgerstätte für Menschen mit chronischen Wunden (Hach & Hach-Wunderle, 2014, S. 928f.). Paracelsus (1491–1541) setzte lokale Therapeutika auf Grundlage von Pflanzenstoffen und Mineralien in der Behandlung von chronischen Ulcera ein. Sein Kollege Paulini (1643–1712) verfolgte ein Jahrhundert später die „Heylsame Dreck-Apotheke“ in Form von Kot-Rezepturen von Hund, Katze, Gänsen und anderen Tieren (Hach & Hach-Wunderle, 2014, S. 929f.). Erst in der Neuzeit, zu Beginn des 19. Jahrhunderts, verbreitete sich die Erkenntnis, dass Heilungserfolg bzw. -misserfolg kein Hexenwerk sei. Demzufolge stützen Ärzte und Pflegende sich in ihrer täglichen Arbeit auf Wissen (externe Evidence) und Erfahrung (interne Evidence) (Behrens & Langer, 2011, S. 23). Die Herausforderungen der Heilkologie (Wissenschaft der „Geschwäre“) wurde wie folgt von Rust beschrieben:

„[...] daß es wohl kaum eine Krankheit geben mag, gegen welche so mannigfaltige Heilmittel angepriesen worden sind, und täglich noch angepriesen werden. Man überdenke nur die große Menge von sankzionierten Salben, Pflastern, und sonstigen Heilmitteln, die uns die rationelle Kurmethode allein darbietet; und überdieß besitzt gewöhnlich noch jedes Familienmütterchen ihr eigenes mirakulöses Hauspflaster; jeder Charlatan und Marktschreyer seinen eigenen Heil bringenden Balsam, und jeder Schäfer seine abergläubige sympathetische Kurmethode gegen diese Krankheit.

[...]“ (Rust, 1811, S. 62)

Dieses Zitat ist auch zwei Jahrhunderte später noch immer hochaktuell. Der Markt an Wundmaterialien wächst sukzessiv, die Herausforderungen an die fachliche Expertise von Pflegefachkräften und Hausärzten in der Versorgung sind anspruchsvoller denn je.

Eine allgemeingültige Definition von einer „chronischen Wunde“ existiert in Deutschland bis dato nicht. Die Deutsche Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung (DGfW) bezeichnet eine Wunde als chronisch, wenn ein Integritätsverlust der Haut innerhalb von acht Wochen nicht abgeheilt ist (DGfW, 2012, S. 32). Das Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung der weiblichen und männlichen Sprachform verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für beiderlei Geschlecht. Um die Anonymität zu wahren, wird bei allen empirischen Belegen das Maskulinum verwendet. Um den unterschiedlichen Zielgruppen der verschiedenen Settings gerecht zu werden, werden Menschen mit chronischen Wunden auch Patienten/Bewohner genannt.

1 Einleitung

Pflege (DNQP) definiert im Vergleich dazu eine chronische Wunde, wenn diese nach vier bis zwölf Wochen keine Heilungstendenz erkennen lässt (DNQP, 2015, S. 19, 49). In internationalen Publikationen werden zwischen zwei und vier Monaten andauernde Wunden als „chronisch“ bezeichnet und entsprechend berücksichtigt (Brtan Romić et al., 2015, S. 309). Als Resultat dieser Definitionen würde man eher von einer nicht heilenden Wunde sprechen, d. h. eine chronische Wunde ist ein Integritätsverlust der Haut oder der darunter liegenden Strukturen von ≥ 3 Wochen, die einen Heilungsstillstand aufweist (eigene Definition, modifiziert nach DGfW, 2012 & DNQP, 2015).

Nicht heilende Wunden können als Folgekomplikationen unterschiedlicher Erkrankungen auftreten. Circa 1 bis 2 % der Bevölkerung leiden an einem Ulcus (Silva et al., 2013, S. 97). Die Ätiologie ist multifaktoriell. Zu etwa 70 % liegt die Genese bei Venenerkrankungen, gefolgt von circa 15 % gemischten venösen und arteriellen Erkrankungen, circa 5 % arteriellen Verschlusskrankheiten und 10 % anderem (z. B. Infektionen, Neoplasien, Medikamente) (Marola et al., 2016, S. 132; Do, Edwards & Finlayson, 2015, S. 904; Renner, Seikowski & Simon, 2014, S. 51; González-Consuegra & Verdú, 2011, S. 926; Brtan Romić et al., 2015, S. 309). Die Zahl der an Diabetes mellitus Erkrankten verdoppelte sich zwischen den Jahren 1980 und 2008 von 153 auf 347 Millionen Menschen. Die International Diabetes Federation verzeichnete im Jahr 2015 415 Millionen Erkrankte und schätzt für das Jahr 2040 einen Anstieg auf 642 Millionen Betroffene weltweit. Dennoch, die World Health Organization (WHO) befürchtet einen schwarzen Fleck: Etwa 50 % der Menschen mit Diabetes mellitus seien überhaupt nicht diagnostiziert/identifiziert. Dies ist eine große Gefahr, denn 15 % der Erkrankten sind gefährdet, ein Diabetisches Fußsyndrom als Komplikation zu entwickeln. 85 % davon wiederum sind von einer Amputation betroffen (Goie & Naidoo, 2016, S. 1170; Nemcová et al., 2016, S. 1246). 40 bis 60 % aller Amputationen der unteren Extremitäten gehen auf Menschen mit Diabetes mellitus zurück, des Weiteren lässt sich ein exponentieller Anstieg verzeichnen (Pakarinen et al., 2009, S. 187). Pedras, Carvalho & Da Graça Pereira (2016, S. 172) behaupten sogar, dass alle 30 Sekunden weltweit Menschen infolge ihrer Diabetes-mellitus-Erkrankung amputiert werden.

Eine Untersuchung der AOK Hessen und der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (KVS) hat ergeben, dass die Prävalenz einer chronischen Wunde im Schnitt bei 1,1 % verweilt, bei den 60-Jährigen bei 1,5 % liegt, jedoch mit zunehmendem Alter exponentiell ansteigt. Dies belegen auch internationale Veröffentlichungen (Silva et al., 2013, S. 97; Sellmer et al., 2013, S. 155; Wachholz et al., 2014, S. 73). Menschen im 80. Lebensjahrzehnt haben eine Prävalenz von 5,79 %, und diese verdoppelt sich ab dem 90. Lebensjahr (10,99 %) (Köster & Schubert, 2012, S. 104). 2,7 Millionen Wundpatienten leben in Deutschland, 890.000 davon sind Schätzungen zufolge von einer Chronifizierung betroffen. Betroffene sind zumeist multimorbide und haben mehrere Wunden (Köster & Schubert, 2012, S. 102, 105f., 113). Die Problematik birgt eine

1 Einleitung

hohe wirtschaftliche Brisanz. Die ökonomischen Belastungen des Gesundheitswesens werden in Studien auf circa 2,5 bis 15 % des nationalen Gesundheitsbudgets beziffert (González-Consuegra & Verdú, 2011, S. 927; Salomé et al., 2011, S. 100). Allein in Großbritannien werden die Behandlungskosten von chronischen Beingeschwüren auf jährlich circa 600 Millionen Pfund (= 685.680.000 Euro) geschätzt. Die globalen Gesundheitsausgaben für Diabetes mellitus Behandlungen und dessen Folgekomplikationen lagen im Jahr 2015 zwischen 673 Millionen und 1,197 Milliarden US Dollar (= zwischen 545.801.075 und 970.763.5670 Euro) (Gavan et al., 2016, S. 1f.). Augustin et al. (2012) führten eine Kostenanalyse der Behandlung von Ulcus cruris Betroffener in Hamburg durch. Sie errechneten, dass die mittleren direkten Krankheitskosten in der Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden bei 7.250 Euro jährlich liegen. Die Hauptkosten werden durch Krankenhausaufenthalte, Krankenpflege und Verbandmaterialien verursacht (Augustin et al., 2012, S. 285).

Die mittlere Ulcus-Dauer beträgt nach Vorstellung des Patienten über zwei Jahre, so Heyer & Augustin (2014, S. 86). Studien zufolge heilen 20 % der venösen Ulcera nach zwei Jahren nicht ab, und in bis zu 34 % der Fälle ist von einem Rezidiv auszugehen (Hopman et al., 2014, S. 1834; Jones, Robinson & Barr, 2008, S. 53). Ein Diabetisches Fußsyndrom besteht in der Regel bis zur Abheilung 133 Tage (McBride et al., 2016, S. 1483). Eine positive Heilungsprognose steht im Zusammenhang mit vorhandener Versorgungsqualität und Spezialisierung. Eine erfolgreiche Abheilung kann bei 60 % der Fälle erreicht werden, teilweise ist eine Revaskularisation von Nöten (Osterbrink & Huber, 2015, S. 314). Im Barmer GEK Hilfsmittelreport kam man zu dem Schluss, dass durch qualifizierte Behandlungen die Abheilungszeit durchschnittlich bei einem Ulcus cruris venosum 5,9 Monate, bei einem Ulcus cruris arteriosum 6,5 Monate und einem gemischten Ulcus 7,4 Monate beträgt (Heyer & Augustin, 2014, S. 86, 89, 94). Die Studienlage zeigt deutlich, dass frühzeitige Interventionen und Stärkung der Selbstmanagementkompetenzen zu einer Reduktion der Heilungs- und Behandlungszeiten führen und demzufolge eine effektive und effiziente Entlastung des Gesundheitsausgaben ermöglichen (Hopman et al., 2014, S. 1839; O'Brien et al., 2016, S. 134; Fejfarová et al., 2014, S. 5).

Doch wie gestalten sich die Versorgungsstrukturen in Deutschland bisher? Goepel et al. (2015) kritisieren, dass es nur Schätzungen zu Prävalenzen gebe. Die Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden sei mit einem hohen ärztlichen und pflegerischen Aufwand verbunden, in vielen Fällen habe man es mit Menschen mit einer Zahl von Komorbiditäten zu tun. Auch müssten die Patienten häufig Zuzahlungen aus eigener Tasche leisten (circa 1.027 Euro/Jahr), weil bestimmte Pflege- und Hautschutzprodukte, Fußpflege, Fahrtkosten u. a. nicht über die Krankenversicherung abgedeckt werden. Managementstrukturen zur Optimierung der Versorgungspfade der betroffenen Patienten befänden sich im Aufbau (Goepel et al., 2015, S. 18). Auch andere Länder wie Kanada stehen

1 Einleitung

vor Herausforderungen in der Versorgung. Pflegefachkräfte und Hausärzte zeigten in der Studie von Harrison et al. (2005) unterschiedliche Sicherheiten im Umgang mit Menschen mit chronischen Wunden. Es gab keine einheitlichen Assessments oder standardisierte Wunderfassungen, und Kompressionstherapien wurden nicht korrekt angewendet (Harrison et al., 2005, S. 1447).

In Deutschland stellen 78,5 % der Allgemeinmediziner die Diagnose Dekubitus, Ulcus cruris oder Diabetisches Fußsyndrom (Köster & Schubert, 2012, S. 117). Die Behandlung von chronischen Wundpatienten belaste ihr Budget, da der hohe Aufwand nicht ausreichend vergütet werde (Goepel et al., 2015, S. 18ff.). 2017 veröffentlichte der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) den 5. Pflege-Qualitätsbericht. Von 104.344 untersuchten Bewohnern in stationären Pflegeeinrichtungen litten 6.244 an einer chronischen Wunde. Bei 24,4 % (1.524) der Betroffenen konnte nachgewiesen werden, dass notwendige Hygiene- oder Druckentlastungsmaßnahmen nicht durchgeführt wurden (MDS, 2017, S. 31ff.). Bei 70.538 untersuchten Personen, die durch ambulante Pflegedienste versorgt wurden, lag bei 3.699 (5,2 %) eine ärztliche Verordnung zur Wundversorgung vor. Auch hier zeichnete sich eine unzureichende Versorgung ab, 13,1 % (484) der Patienten erhielten unzureichende Pflege (z. B. Kompression, Druckentlastung, Hygiene) (MDS, 2017, S. 51ff.). Anhand der Datenlage in Deutschland zeigt sich, dass weiterhin Bedarf an professioneller Wundversorgung besteht. Siersma et al. (2013, S. 1386) betonen die Wichtigkeit von interdisziplinärer Teamarbeit, um alle relevanten Aspekte des Betroffenen seitens der jeweiligen Professionen bestmöglich unterstützen und begleiten zu können. Dieser interprofessionelle Gedanke entstammt bemerkenswerterweise jedoch nicht dem 21. Jahrhundert. Aus Indien, einer der frühen Hochkulturen sechs Jahrhunderte vor Christus, wurden therapeutische Prinzipien überliefert, die noch heute an Bedeutsamkeit gewinnen. So strebte man dort nach einer therapeutischen Einheit, bestehend aus Arzt, Heilmittel, Pflegendem und Krankem.

„Der Arzt muss geschickt sein, seine Wissenschaft von einem würdigen Lehrer empfangen haben, praktische Ausbildung besitzen und lauter sein. Das Heilmittel soll verschiedenartige Anwendbarkeit besitzen, unersetzbar sein, kräftige Wirkung haben und für die Krankheit geeignet sein. Der Pflegende sei voller Hingabe an den Kranken unterrichtet und geschickt in seiner Arbeit, er sei klug und rein an Körper und Geist. Der Kranke sei mitteilsam, dem Arzte ergeben, von gutem Charakter und reich.“

(Seidler & Leven, 2003, S. 31).

Menschen mit chronischen Wunden sind in unterschiedlichen Bereichen ihres Lebens beeinträchtigt. Eine der gravierendsten Belastungen stellt die Schmerzwahrnehmung dar, ob während des Verbandwechsels, bei Bewegung oder in der Nacht. Zudem können Juckreiz und die gedankliche Auseinandersetzung mit der Wunde zu Schlafstörungen, Müdigkeit, Energiemangel und folglich zu einer Beeinträchtigung des Wohlbefindens führen (Kouris et al., 2015, S. 778; Renner et al., 2009, S. 954; Jones, Robinson & Barr, 2008, S. 56; Do, Edwards

1 Einleitung

& Finlayson, 2015, S. 904; Gorecki et al., 2009, S. 1177f.; García-Morales et al., 2011, S. 6). Bewegung ist für die Wundheilung von großer Wichtigkeit. Alltäglich kommt es jedoch zu Problemen, da die Mobilität erschwert ist, bspw. durch Angst vor Verletzungen (Angst-Vermeidungs-Strategie), unpassendes Schuhwerk oder einschränkende Verbände/Therapien (O'Brien et al., 2016, S. 136). Die soziale Teilhabe kann durch Schamgefühl (z. B. Geruchs- und Exsudatbildung), zeitliche Engpässe (Arztbesuche und/oder Verbandwechsel) oder auch depressive Verstimmungen bis hin zu pessimistischen Zukunftsvisionen behindert sein (DGfW, 2012, S. 37f.; DNQP, 2015, S. 59f.; Jones, Robinson & Barr, 2008, S. 58). Wissensdefizite, notwendige Lebensstilinterventionen oder Unbequemlichkeit der Kompressionstherapie führten hingegen zu mangelnder Therapieadhärenz von Menschen mit chronischen Wunden und damit einhergehender schlechterer Heilungsprognose (DNQP, 2015, S. 58f.; González-Consuegra & Verdú, 2011, S. 936; Wellborn & Moceri, 2014, S. 124). Betroffene berichten aber auch über negative Erfahrungen im Umgang mit Professionellen. Sie nahmen fehlendes Einfühlungsvermögen und inkongruente Informationen über den Therapieplan seitens der Gesundheitsprofessionen wahr. Sie empfanden sich auf ihre Wunde reduziert und nicht als Mensch wahrgenommen (DGfW, 2012, S. 39; DNQP, 2009 S. 5; DNQP, 2015, S. 60; Wellborn & Moceri, 2014, S. 124; Gorecki et al., 2009, S. 1177).

Vertreter unterschiedlicher Fachgesellschaften kritisieren, dass chronische und längerfristige Heilungsverläufe von venösen, arteriellen und/oder diabetischen Fußulzerationen aufgrund einer Fehlversorgung entstünden und vermeidbar seien (DGfW, 2012, S. 23f.). Aus diesem Grunde wurden medizinische Leitlinien und pflegerische Expertenstandards entwickelt, um allen beteiligten Professionen eine evidenz- und konsensbasierte Handlungsempfehlung zur Verfügung zu stellen. Hierbei wird das Ziel verfolgt, Betroffenen mit chronischen Wunden eine nachhaltige und verbesserte Versorgungssituation zu ermöglichen und das Gesundheitssystem zu entlasten (DGfW, 2012, S. 23).

Wie gestaltet sich nun die Versorgungssituation von Menschen mit chronischen Wunden im Saarland? Diese Dissertationarbeit stellt mittels deskriptiver explorativer Fragebogenerhebung die Versorgungssituation von Menschen mit chronischen Wunden in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen im Saarland dar. Befragt wurden hierzu 50 Betroffene, 353 Pflegefachkräfte, 44 Pflegedienstleitungen jeweils aus ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen und 10 Hausärzte. Die Ergebnisse der Befragung sollten den Versorgungsalltag in der Primärversorgung transparent machen. Es sollte untersucht werden, inwieweit bspw. medizinische Leitlinien und pflegerische Standards zum Einsatz kommen, wie sich die interprofessionelle Zusammenarbeit darstellt und wo Betroffene und Praktiker Unterstützungsbedarfe sehen. Von großem Interesse war zudem, wie Menschen mit chronischen Wunden ihre krankheitsspezifische gesundheitsbezogene Lebensqualität einschätzen, welche Behandlungsziele sie erreichen wollten und welchen Nutzen sie bisher

1 Einleitung

von der Versorgung haben. Das Ziel war es, Handlungsempfehlungen für eine effiziente und effektive interprofessionelle Zusammenarbeit zu formulieren, damit Menschen mit chronischen Wunden die bestmögliche Versorgungsqualität erhalten.

In **Kapitel 2** werden theoretische Grundlagen beschrieben, die die Versorgungssituation von Menschen mit chronischen Wunden deutlich machen. Weiterhin wird erklärt, wie Professionelle die Gesundheitskompetenzen Betroffener und deren Angehöriger stärken können. Ferner erfolgt die Auseinandersetzung mit chronischen Wundarten wie Dekubitus, Ulcus cruris und Diabetischem Fußsyndrom. Auch die Strukturen der Primärversorgung – aus pflegerischer sowie aus hausärztlicher Sicht – werden durch Statistiken, Gesetzestexte und Aufgabenbereiche demonstriert. Anschließend werden die Ergebnisse einer internationalen Literaturrecherche zu der Thematik *Quality of life* den Stand der Forschung kurz zusammenfassen.

Kapitel 3 bildet die Ziele und Forschungsfragen dieser Dissertationsarbeit ab. Die Forschungsfragen wurden nach der jeweiligen Befragungsgruppe – Betroffene, Pflegefachkräfte, Pflegedienstleitungen und Hausärzte – gegliedert. Ziel war es, die Versorgungsrealität im Saarland zu deskribieren.

Die in **Kapitel 4** beschriebenen Pfeiler, das Troughput-Modell und der Symbolische Interaktionismus, bilden die theoretische Grundlage dieser Forschungsarbeit und ermöglichen die Darstellung der sozialen Wirklichkeit durch eigene Meinungen und Erfahrungen der Teilnehmenden. Folgend wird das Studiendesign, eine saarlandweite Querschnittsstudie, abgebildet. Um den weiteren Verlauf der Studie zu verdeutlichen, werden Besonderheiten des Feldzugangs, die Erarbeitung eines Ethikantrags und die Fragebogenkonstruktion wiedergegeben. In den vier Befragungsgruppen fand jeweils eine unterschiedliche Datenerhebungsform statt, die je nach Population veranschaulicht wird. Das Kapitel endet mit der Beschreibung der Datenaufbereitung anhand einer deskriptiven Analyse wie auch der strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse.

In **Kapitel 5** werden ausschließlich die Studienergebnisse präsentiert, die jeweils nach Population Betrachtung finden. Diese sind in drei Bereiche gegliedert und veranschaulichen die wahrgenommene Versorgungsrealität Betroffener und Professioneller:
a) Soziodemografische Merkmale der Teilnehmenden, b) Versorgungsstrukturen der Teilnehmenden und c) Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden im Saarland.

Die Diskussion findet Raum in **Kapitel 6**. Die Ergebnisse dieser Forschungsarbeit werden mit Erkenntnissen der international veröffentlichten Literatur verglichen und dabei kritisch hinterfragt sowie kontrastiert. Im Anschluss erfolgt eine Reflexion des methodischen Vorgehens, dessen Stärken und Schwächen beschrieben werden. Auch die Erfahrungen und die wahrgenommenen Herausforderungen im Feld der Forscherin werden geschildert.

1 Einleitung

Das Kapitel 7 bildet eine Zusammenfassung der Studie und verdeutlicht das Resultat der Auseinandersetzung mit den erhobenen Daten. Auch Zukunftsaussichten und Handlungsbedarfe werden skizziert, die nach Ansicht der Forscherin weitere Forschungsaktivitäten evozieren.

2 Theoretischer Rahmen

Multiprofessionelle Teamarbeit und Kommunikation, festgelegte Behandlungsziele und der Einsatz qualifizierter Wundmanager gelten in der modernen Wundtherapie als evidenzbasiert (Debus & Augustin, 2015, S. 8). Bedürftig und Eder (2015, S. 396) wagen die provokante These, dass es sich bei chronischen Wundverläufen zumeist nicht um therapieresistente Wunden handele, sondern um nicht ausreichend diagnostizierte und nicht adäquat therapierte Wunden. 2012 veröffentlichte die Deutsche Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung e.V. (DGfW) eine S3-Leitlinie zur Lokaltherapie chronischer Wunden bei Patienten mit den Risiken periphere arterielle Verschlusskrankheit, Diabetes mellitus und chronische venöse Insuffizienz. Die Autoren kamen nach einer umfangreichen Literaturrecherche zu dem Schluss, dass das Basisprinzip der lokalen Wundtherapie und die interdisziplinäre wie auch die interprofessionelle Zusammenarbeit verbesserungswürdig seien. Standardisierte Instrumente könnten unter anderem die Kommunikationsprozesse zwischen den Berufsgruppen erleichtern (DGfW, 2012, S. 23f.). Doch nicht nur die richtige Wundtherapie und eine gute Abstimmung zwischen Pflege und Medizin sind von Bedeutung. Die Lebensqualität der betroffenen Menschen rückt immer stärker in den Fokus. Nässende, schmerzende und übelriechende Wunden, Schlafstörungen, verminderte Aktivität oder sozialer Rückzug können das Leben über Wochen, Monate oder gar Jahre hinweg stark beeinflussen. Das Ziel einer guten Wundversorgung sollte deswegen eine spürbar verbesserte Lebensqualität der Betroffenen sein (Engelhardt et al., 2015, S. 10f.; DNQP, 2015, S. 21). Im weiteren Verlauf finden diejenigen Aspekte nähere Betrachtung, die das Fundament dafür bilden, Menschen mit chronischen Wunden verstehen, begleiten und motivieren zu lernen. Jeder Mensch hat individuelle Vorstellungen über die Entstehung seiner Krankheit und deren mögliche Folgekomplikationen (DNQP, 2015, S. 20). Deswegen wird in den nachfolgenden Ausführungen die Stärkung von Gesundheitskompetenzen der Betroffenen im Vordergrund stehen. Anhand von Bevölkerungsvorausberechnungen und möglichen prospektiven Ausgabenvolumina für das Gesundheitssystem wird die ökonomische Brisanz herausgearbeitet. Darüber hinaus werden chronische Wunden hinsichtlich ihrer Inzidenz, Prävalenz und Entstehung kurz skizziert. Um den interprofessionellen Schwerpunkt herauszuarbeiten, werden die pflegerischen und medizinischen Versorgungsstrukturen im deutschen Gesundheitssystem erläutert und mit Zahlen für das Saarland dargestellt. Zum Schluss werden Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche zusammengefasst und beschrieben.

2.1 Menschen mit chronischen Wunden und die Aufgabe, Selbstmanagementkompetenzen zu stärken

Chronische Erkrankungen wie beispielsweise chronisch venöse Insuffizienz, periphere arterielle Verschlusskrankheit und/oder Diabetes mellitus können als Folgekomplikation eine chronische Wunde hervorrufen. Menschen, die diese Wundarten am eigenen Leib erfahren, sind in ihrem Alltag und demzufolge in ihrer Lebensqualität multidimensional (körperlich, psychisch, sozial und funktional) maßgeblich beeinträchtigt (DNQP, 2015, S. 20; DNQP, 2009, S. 65). Die Heilung kann sich über mehrere Wochen, Monate bis hin zu Jahren ziehen. Schmerzen, Bewegungseinschränkungen, Wundgeruch und/oder Exsudat, Juckreiz oder Schlafstörungen, um hier nur einige beeinträchtigende Phänomene zu nennen, können Aktivität und soziale Teilhabe verhindern (de Fátima Rodrigues dos Santos et al., 2016, S. 131; Finlayson et al., 2017, S. 872; Dias et al., 2014, S. 577; Mazlina, Shamsul & Saini Jeffery, 2011, S. 234; Nemcová et al., 2016, S. 1247; DGfW, 2012, S. 37ff.). In Kapitel 2.3 wird darauf näher eingegangen. Betroffene wünschen sich von Professionellen Fachlichkeit und Authentizität. Sie erwarten von Health Professionals mehr Interesse an ihren Bedürfnissen und Lebenslagen. Studienergebnisse lassen jedoch eine andere Sicht der Realität zu. Menschen mit chronischen Wunden nehmen mangelnde Teilhabe seitens der Leistungserbringer wahr, fühlen sich auf ihre Wunde reduziert oder vermissen Privatsphäre während der Versorgung (Wellborn & Moceri, 2014, S. 124f.; Gorecki et al., 2009, S. 1181f.; DNQP, 2009, S. 66f.). Auch inkonsistente Informationen, widersprüchliche Aussagen und/oder Behandlungsdiagnosen führten zu Unsicherheiten und mangelnder Glaubwürdigkeit der Pflegenden/Behandler (Panfil, Uschok & Osterbrink, 2015, S. 148f.; DNQP, 2009, S. 66). Aber kann man nach diesen Erkenntnissen überhaupt von Non-Compliance (Nicht-Befolgung pflegerischer oder medizinischer Verordnungen/Anweisungen) oder mangelnde Therapieadhärenz (Therapietreue) des Betroffenen mit chronischer Wunde sprechen? Risse (2013, S. 211) weist Gesundheitsprofessionen auf den freien Willen der Betroffenen hin und ist der Meinung, dass speziell die Berufsgruppe der Mediziner hier voreilig die Schuld bei Betroffenen sucht. Tritt hierbei das alte Muster Eminenz anstatt Evidence zum Vorschein? Evidence-based Medicine versteht sich als Entscheidungshilfe für medizinisches Handeln. Sie stützt sich auf wissenschaftliche Erkenntnis und zielt darauf ab, den Patienten auf Grundlage der besten verfügbaren Daten zu behandeln (EbM-Netzwerk 2018). Evidence-based Nursing unterstützt diese Definition in Bezug zur pflegerischen Profession, unterstreicht jedoch viel stärker die Einbindung der erkrankten Person (Behrens & Langer, 2010, S. 25). Die Aufgabe der Gesundheitsprofessionen besteht darin, im Vorfeld des therapeutischen Prozesses den Auftrag mit dem Betroffenen zu klären und den Prozess immer vor dem Hintergrund der Frage „Wer definiert, was gut für mich ist?“ zu steuern (Behrens & Langer, 2010, S. 99ff.). Das heißt, dass die Patientenorientierung definitiv die Grundlage der Arbeit von Health Professionals darstellt. In der Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden bedeutet dies vor allen

2 Theoretischer Rahmen

Dingen, Kenntnisse über das Erleben des Betroffenen zu erlangen und folglich in Behandlung, Therapie und Pflege darauf aufzubauen.

Vier zentrale Fragen sind hierfür von Bedeutung:

1. Welches Wissen hat der Betroffene über seine Erkrankung?
2. Inwieweit hat er Einblick in die Therapie und auch ein Verständnis davon?
3. Wie empfindet der Betroffene seine Lebensqualität?
4. Welche Bedürfnisse hat er und welche Ziele sind ihm wichtig?

Der Wandel vom pflegerischen und medizinischen Paternalismus hin zu den Grundprinzipien des *informed consent* und des *shared decision making* sind in vollem Gange. Durch Einbezug des Patienten in die Therapieentscheidung erhoffen sich Pflegende und Mediziner eine bessere Therapietreue und demzufolge einen erhöhten Behandlungserfolg (Risse, 2013, S. 210; McBride et al, 2016, S. 1483f.).

Pflegefachkräfte und Allgemeinmediziner haben die Aufgabe – unter Einbezug der Wünsche, Vorstellungen und Möglichkeiten des Betroffenen –, deren Alltagskompetenzen zu erhalten, diese zu fördern und weiter zu unterstützen (Panfil, Uschok & Osterbrink, 2015, S. 139). Hierbei geht es nicht prioritär darum, die Wunde schnellstmöglich zum Abheilen zu bringen, sondern das Wohlbefinden, die Gesundheit und die weitestgehende Unabhängigkeit des Menschen (wieder) zu erlangen (DNQP, 2015, S. 20; Engelhardt et al., 2015, S. 10f.). Die Quintessenz ist gelebtes „Empowerment“, d. h. Menschen dazu zu befähigen, ihr Leben in die Hand zu nehmen und ihre gesundheitsbezogene Handlungskompetenz zu erhöhen „*Empowerment is a multi-dimensional process that helps people gain control over their own lives and increases their capacity to act on issues that they themselves define as important.*“ (European Patient’ Forum & Robert Bosch Stiftung, 2015, S. 3). Dies kann allerdings nur erreicht werden, wenn Menschen eine gute Gesundheitskompetenz haben bzw. aufbauen. Dazu gehören die sechs Kompetenzen Beschaffung, Verarbeitung, Beurteilung, Kommunikation sowie Nutzen und Anwendung der gesundheitsrelevanten Information (Schaeffer et al., 2016, S. 39). Eine Studie der Universität Bielefeld veröffentlichte im Jahr 2016 einen Ergebnisbericht über die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland. Das Forscherteam fand heraus, dass 54,3 % der Bevölkerung über eine eingeschränkte/problematische Gesundheitskompetenz verfügen und die Ergebnisse mit einer sozialen Ungleichheit einhergehen. Menschen ab dem 65. Lebensjahr (51,1 %) und chronisch Erkrankte (55,9 %) waren davon betroffen. Eine niedrige Gesundheitskompetenz sei mit geringen Ressourcen des Selbstmanagements assoziiert, so die Autoren (Schaeffer et al., 2016, S. 40ff.). Vor allem mit Blick auf Menschen mit chronischen Wunden ist das Studienergebnis für die pflegerische und medizinische Arbeit sehr nützlich. Als positive Ressource darf sicherlich nicht das familiäre Netzwerk außer Betracht gelassen werden. 60 % der Menschen mit chronischen Wunden verlassen sich auf informelle Pflege und Unterstützung (Finlayson et al., 2017, S. 877). Pflegende Angehörige sind Menschen, die Familienmitglieder in der Selbstdpflege physisch,

2 Theoretischer Rahmen

psychisch und finanziell unterstützen. Meist sind sie 24 Stunden am Tag für die Bedürfnisse des zu Pflegenden da, besitzen jedoch keine spezielle Ausbildung in der Pflege – die Arbeit erfolgt eher intuitiv (Rodrigues, Ferreira & Ferré-Grau, 2016, S. 3027). Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE) des Robert-Koch-Instituts (RKI) bezeichnet pflegende Angehörige nicht umsonst als Deutschlands größten Pflegedienst. Im Jahr 2015 wurden von 2,9 Millionen Pflegebedürftigen alleine 1,38 Millionen von Angehörigen versorgt, 692.000 bekamen zusätzlich Unterstützung durch Mitarbeiter ambulanter Pflegedienste (Statistisches Bundesamt, 2017, S. 5). Wie viele pflegende Angehörige allerdings davon in der Wundversorgung alleine stehen, ist nicht bekannt. Zum Großteil sind es Kinder, vor allem Töchter mit niedrigem Bildungsniveau und geringfügiger Beschäftigung, die sich um ihre Eltern kümmern. Sie sehen dies als Akt der Liebe und möchten somit Wertschätzung und Dankbarkeit an ihre Eltern zurückgeben (de Fátima Rodrigues dos Santos et al., 2016, S. 135; Wetzstein, Rommel & Lange, 2015, S. 3). Doch auch diese Personengruppe benötigt Wissen, Fertigkeiten und Fähigkeiten, um mit der Folgekomplikation „chronische Wunde“ zurechtzukommen und um als Unterstützungssystem agieren zu können, bspw. Hilfestellung bei Fußinspektionen zu geben, Risikoverhalten vermeiden zu lernen, Fahrten zu Ärzten zu übernehmen, Ernährung zu begleiten und ggf. umzustellen, Medikamente zu verabreichen, Verbände zu wechseln, Glukosewerte zu überwachen u. v. m. (Hoban et al., 2015, S. 50). Forscher haben das „caregiver syndrom“ beobachtet und kommen zu dem Schluss, dass pflegende Angehörige von Menschen mit chronischen Wunden eine hohe Prävalenz aufweisen. Dies geht einher mit Auswirkungen auf die Physis (z. B. Kopfschmerzen, Schlauflosigkeit, Schmerz), die Psyche (z. B. Stress, Angst, Schuldgefühle) und/oder die soziale Ebene (Isolation, Verlassenheit, Einsamkeit, Verlust von Beziehungen und Freizeitaktivitäten, weniger Einkommen) (Rodrigues, Ferreira & Ferré-Grau, 2016, S. 3028; Hoban et al., 2015, S. 49; Wetzstein, Rommel & Lange, 2015, S. 5f.). Durch die Pflege erfahren sie Einschränkungen hinsichtlich ihrer Lebensqualität. Der negative Einfluss auf die wahrgenommene Lebensqualität wird mit zunehmendem Alter größer. Auch wird eine starke Assoziation zwischen Geschlecht, Bildungsniveau und Schwere der Erkrankung des zu Betreuenden gezogen (Kouris et al., 2015, S. 779). Hoban et al. (2015) fanden heraus, dass niedrige Lebensqualität von pflegenden Angehörigen im Zusammenhang mit der Entwicklung von Demenz und Krebs steht (Hoban et al., 2015, S. 49).

Die Forschungslage in Deutschland erschwert die Transparenz der aktuellen Versorgungslandschaft. Inzidenzen und Prävalenzen chronischer Wunden basieren auf unterschiedlichen Studientypen und -designs und sind demzufolge Schätzungen (Bedürftig & Eder, 2015, S. 396). Köster & Schubert (2012, S. 104) fanden in ihrer Studie heraus, dass von 2,7 Millionen Wundpatienten in Deutschland 890.000 Menschen von einer Chronifizierung betroffen sind. Berechnungen zufolge liege die Prävalenz bei 1,1 %, steige mit zunehmenden Lebensalter jedoch exponentiell an, bspw. liege diese bei den über 90-Jährigen bei 10,99 %.

2 Theoretischer Rahmen

Eine Kostenanalyse von Augustin et al. (2012, S. 285) brachte Erkenntnisse bezüglich der jährlichen Behandlungskosten pro Fall, dabei lagen die mittleren direkten Krankheitskosten bei 7.250 Euro. Demnach stellen Krankenhausaufenthalte, Pflege und Verbandmaterialien die Hauptkostenfaktoren dar. Bevölkerungsvorausberechnungen des Statistischen Bundesamtes lassen für 2060 eine Verschiebung der Altersstruktur erwarten. Betrachtet man die Daten näher (kontinuierliche Entwicklung bei stärkerer Zuwanderung), so wird die Einwohnerzahl in Deutschland von heute circa 80,8 Millionen auf 73,1 Millionen sinken (Destatis, 2015, S. 15). Die Zahl der 80-Jährigen und Älteren wird auf 9.000.000 steigen, d. h. jeder Achte wird das achtzigste Lebensjahr übertreffen. Nach den Prävalenzschätzungen von Köster & Schubert (2012) bei den ≥ 80 -jährigen Personen mit chronischer Wunde ($\sim 8,39\% = 755.100$ Betroffene) und der Kostenkalkulation von Augustin et al. (2012, S. 285) mit ~ 7.250 Euro jährlichen Behandlungskosten pro Fall wird sich schätzungsweise ein Ausgabenvolumen von 5.474.475.000 Euro im Jahr 2060 ergeben. Durch reduzierte Behandlungszeiten, wie Heyer & Augustin (2014, S. 86f.) beziffern, kann folgende Berechnung ein mögliches Einsparpotenzial bergen. Hierbei werden Angaben zu Inzidenzen und Zahlen zum Diabetischen Fußsyndrom nicht berücksichtigt (s. Tab. 1).

Tabelle 1: Vorausberechnung der Gesundheitsausgaben von Ulcera für Deutschland im Jahr 2060

Vorausberechnung der Gesundheitsausgaben von venösen, gemischten und arteriellen Ulcera für Deutschland im Jahr 2060				
Ätiologie eines Ulcus	Prozentualer Anteil	Mittlere jährliche Behandlungskosten bei durchschnittlicher Behandlungszeit von 24 Monaten	Behandlungszeit nach Einsatz qualifizierter Expertenteams	Mittlere jährliche Behandlungskosten bei Einsatz qualifizierter Expertenteams
Venös	70 %	3.832.132.500 €	5,9	942.065.906,25 €
Gemischt (venös und arteriell)	15 %	821.171.250 €	7,4	253.194.468,75 €
Arteriell	5 %	273.723.750 €	6,5	74.133.515,63 €
Andere	10 %	547.447.500 €	k.A.	k.A.
Summe		4.927.027.500 €		1.269.393.890,63 €
Mögliches Einsparpotenzial: 3.657.633.609,38 €				

Die ökonomische Relevanz wird auch bei möglicher Verschiebung der Berechnungen des Statistischen Bundesamtes, der Bertelsmann-Stiftung und Inzidenzen signifikant sein. Umso bedeutender ist es, Menschen mit einer chronischen Wunde und ggf. deren Angehörige über den Umgang mit ihrer Wunde zu informieren, zu beraten und anzuleiten. Sie sollten Kenntnisse über wund- und therapiebedingte Einschränkungen erlangen und Fähigkeiten

2 Theoretischer Rahmen

entwickeln, ein gesundheitsbezogenes Selbstmanagement zu anzuwenden. Patientenorientierung, eine fach- und sachgerechte Beurteilung der Wunde wie auch deren phasengerechte Versorgung und die regelmäßige Evaluation der Dokumentation lassen die Heilungschancen von Menschen mit chronischer Wunde steigen (DNQP, 2015, S. 21). Um ein besseres Verständnis über das Leben mit einer chronischen Wunde zu evozieren, werden in den folgenden Unterkapiteln die hier einbezogenen Wundarten (Dekubitus, Ulcus cruris, Diabetisches Fußsyndrom) in Definition, Klassifikation, Verlauf und Versorgung demonstriert.

2.1.1 Chronische Wunden

Der Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) definiert eine Wunde als chronisch, wenn – trotz fachgerechter Therapie – nach vier bis zwölf Wochen keine Heilung eintritt oder sich zumindest keine Heilungstendenz zeigt (DNQP, 2015, S. 19). Die S3-Leitlinie der DGfW umschreibt eine chronische Wunde jedoch „[...] als *Integritätsverlust der Haut und einer oder mehrerer darunter liegenden Strukturen mit einer fehlenden Abheilung innerhalb von acht Wochen*“ (DGfW, 2012, S. 32). Diese unterschiedlichen Definitionen machen deutlich, dass bis dato keine einheitliche Definition für den Begriff „chronische Wunde“ existiert (DGfW, 2012, S. 34; Bedürftig & Eder, 2015, S. 396). In dieser Forschungsarbeit wurden Dekubitus, Ulcus cruris (venosum/arteriosum/mixtum) und Diabetisches Fußulcus als chronische Wunden eingeschlossen. Als theoretische Grundlage hierfür basierten medizinische Leitlinien und pflegerische Expertenstandards.

Die physiologische Wundheilung verläuft in drei Zyklen, die zeitlich parallel stattfinden können. In der Exsudationsphase, auch Inflammations- oder Reinigungsphase genannt, werden Bakterien und Zelltrümmer ausgeschwemmt. Es kommt zu Vasokonstriktionen der geschädigten Gefäße, und das Gerinnungssystem wird aktiviert. Zytokine und verschiedene Wachstumsfaktoren bauen eine extrazelluläre Matrix auf (Bedürftig & Eder, 2015, S. 396; Protz, 2014, S. 8f.). Die zweite Phase, Granulations- oder auch Proliferationsphase genannt, dient der Produktion von Kollagen und der Festigung des neu entstandenen Granulationsgewebes. Das Kapillarnetz lässt die Wunde gut durchblutet und glänzend erscheinen. In der letzten Phase, der Epithelisierungs- oder auch Regenerationsphase, bauen die Fibroblasten die Matrix weiter auf, bis es zu einer abschließenden Stabilisierung und einem vollständigen Wundverschluss kommt (Bedürftig & Eder, 2015, S. 396f.; Protz, 2014, S. 8f.). Bei der Entstehung von chronischen Wunden spielen die Vorerkrankungen des Patienten eine zentrale Rolle. Durch chronisch venöse Insuffizienz (CVI), periphere arterielle Verschlusskrankheiten (PAVK) und/oder Diabetes mellitus kommt es zu einer Störung der Exsudationsphase. Druckbelastungen, geminderte Gewebsperfusion und lokale Abwehrschwäche steigern die Proteasen-Aktivität und reduzieren die entsprechenden Inhibitoren (Bedürftig & Eder, 2015, S. 397; Schröder, 2015a, S. 160f.). Neben den lokalen-

2 Theoretischer Rahmen

sind Menschen mit chronischen Wunden auch von systemischen Störfaktoren betroffen. Malnutrition, Bewegungsmangel, Adipositas, Hochaltrigkeit u. a. können die Wundbehandlung negativ beeinflussen und die Heilungsdauer verzögern (Bedürftig & Eder, 2015, S. 397; Schröder, 2015a, S. 162). Aktuelle Zahlen zu Häufigkeiten von chronischen Wunden stehen derzeit nicht zur Verfügung. In der Fachliteratur werden Schätzungen auf Basis unterschiedlicher Studientypen und -designs beschrieben. In Deutschland wird jährlich von einer Inzidenz für Menschen mit Ulcus cruris venosum von 150.000, für Menschen mit Dekubitus von 400.000 und für an Diabetes Erkrankte mit Diabetischem Fußsyndrom von 250.000 Betroffenen ausgegangen (Bedürftig & Eder, 2015, S. 396). Die Versorgung von Betroffenen verlangt von Professionellen ein koordiniertes Behandlungs- und Versorgungskonzept. Nach Schröder (2015a, S. 164) müssen für eine erfolgreiche chronische Wundversorgung drei Komponenten beachtet werden: Differenzialdiagnostik, spezielle lokale Wundtherapie und eine adäquate Kausaltherapie. Anhand der drei Wundarten Dekubitus, Ulcus cruris und Diabetisches Fußsyndrom werden (pathophysiologische) Grundlagen und Versorgungskonzepte exemplarisch dargestellt.

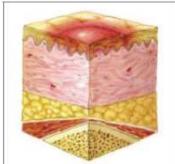
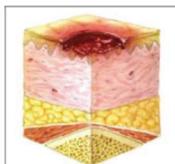
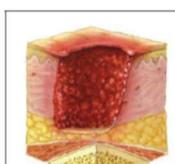
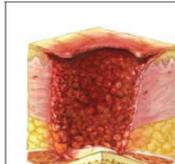
2.1.1.1 Dekubitus

Die Fachgesellschaften National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) und Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA) gaben 2014 gemeinsam eine internationale Definition des Dekubitus heraus. Ein Dekubitus, auch Druckgeschwür genannt, ist hiernach eine durch Druck und/oder durch Druck in Verbindung mit Scherkräften erzeugte lokal begrenzte Schädigung der Haut und/oder des darunter liegenden Gewebes (NPUAP, EPUAP & PPPIA, 2014, S. 12). Nach dem Robert-Koch-Institut (RKI) sind genaue Zahlen zu Häufigkeiten in Deutschland nicht eindeutig anzugeben; Schätzungen zufolge entwickeln jedoch jährlich mehr als 400.000 Menschen einen behandlungsbedürftigen Dekubitus (RKI, 2002, S. 7). Expertenschätzungen gehen von einer Prävalenz bei Pflegebedürftigen in der Häuslichkeit von circa 20 % und bei Bewohnern in stationären Pflegeeinrichtungen von circa 30 % aus (RKI, 2002, S. 10). Prädisponierte Körperstellen befinden sich an konvexen Knochenvorsprüngen wie Ohren, Kopf, Schultern, Ellenbogen, Hüfte, Zehen und Gesäß. Häufig treten Geschwüre am Os sacrum und an den Fersen auf. Wird der physiologische Kapillardruck überschritten, kommt es zu einer Minderperfusion des Gewebes. An den prädisponierten Stellen kann sich der Druck an der Hautoberfläche (circa 30 mmHg) bis zu 90 bis 150 mmHg (Faktor 3 bis 5) in die Tiefe des Gewebes auswirken (Schröder, 2015b, S. 197). Nach neuesten Erkenntnissen sind nicht nur Druck und Zeit Faktoren, die zu einem Gewebsdefekt führen können. Hinzu kommen mögliche individuelle, „dekuvitogene“ Risikofaktoren wie Körperform, Hautzustand, Stoffwechsel, Medikamente (z. B. Hypnotika, Sedativa), Psyche, Motivation, Mikroklima/Temperatur, Scher- und Zugkräfte und Reibung (Schröder, 2015b, S. 194f., 198f.). Vor allem immobile, bettlägerige Menschen sind von ischämischen Hautläsionen betroffen, die durch eine lokale

2 Theoretischer Rahmen

Mangelversorgung und einen Anstieg von toxischen Stoffwechselprodukten im Gewebe entstehen (Asmussen & Söllner, 2010, 102f.). Ausnahmen stellen pflegerische und/oder medizinisch notwendige Prioritätensetzungen dar, die im Gesundheitszustand, der Selbstbestimmung oder der informierten Entscheidung begründet sein können (DNQP, 2017, S. 14). Die Differenzialdiagnose „Dekubitus“ muss ärztlicherseits erfolgen. Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI, 2013) kodiert ein Dekubitalgeschwür unter dem Kode L89.- und orientiert sich hierbei an der Klassifikation des European Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP, EPUAP & PPPIA, 2014, S. 13ff.) (s. Tab. 2).

Tabelle 2: Internationales Klassifikationssystem für Dekubitus, modifiziert nach EPUAP
 Internationales Klassifikationssystem für Dekubitus, modifiziert nach EPUAP
 (NPUAP, EPUAP & PPPIA, 2014, S. 12f.)

Stadium/ ICD 10	Bildauszug (exemplarisch)	Kurzbeschreibung
Stadium 1 nach EPUAP/ L89.0	 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nicht wegdrückbare Rötung bei intakter Haut ▪ Bei dunkelpigmentierter Haut können Hautverfärbungen, Überwärmung, Ödem oder Verhärtung Indikatoren für Stadium 1 sein.
Stadium 2 nach EPUAP/ L89.1	 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Teilverlust der Haut ▪ Schädigung der Epidermis, Dermis oder beider Hautschichten ▪ Druckgeschwür oberflächlich ▪ Manifestiert sich klinisch als Hautschürfung oder Blase
Stadium 3 nach EPUAP/ L89.2	 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verlust aller Hautschichten ▪ Schädigung/Nekrose des subkutanen Gewebes ▪ Kann bis auf die darunter liegende Faszie reichen
Stadium 4 nach EPUAP/ L89.3	 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausgedehnte Zerstörung, Gewebsnekrose ▪ Schädigung von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen ▪ Mit oder ohne Verlust aller Hautschichten

Ein Dekubitus stellt ein gravierendes Gesundheitsproblem für die Betroffenen dar (DNQP, 2017, S. 14). Demzufolge liegt das prioritäre Ziel von Professionellen darin, Risikopatienten zu identifizieren. Ist eine Mikrozirkulation gegeben, kann eine Wundheilung stattfinden. Die Leitlinie „Vorbeugung und Behandlung von Druckgeschwüren“ der internationalen Fachgesellschaften beschreibt Inhalte für eine erfolgreiche Prophylaxe, die jeweils kurz erläutert und mit Beispielen hinterlegt werden. Zu den präventiven Maßnahmen gehören: ein strukturiertes Risikoassessment (Risikofaktoren), ein Haut- und Gewebsassessment (Beurteilung, Klassifikation), präventive Hautpflege (Hautschutz, Inkontinenzmanagement),

2 Theoretischer Rahmen

Kontrolle des Mikroklimas (Temperaturkontrolle, prophylaktische Verbandmaterialien), Ernährung (höherer Bedarf an Kalorien- und Flüssigkeitszufuhr, Proteinen, Vitaminen und Mineralien), Positionsänderungen und Mobilisation (Gewichtsverteilung, Einsatz von Transfer-Hilfsmitteln, Wechsellagerung), druckverteilende Unterlagen (Matratzen, integrierte Bettsysteme) und Schmerzanamnese (Intensität, Dauer) (NPUAP, EPUAP & PPPIA, 2014, S. 13ff.).

2.1.1.2 *Ulcus cruris*

Das Ulcus cruris ist ein tiefer Gewebsdefekt, der mindestens in die Dermis reicht und immer mit einer Narbe abheilt. „Cruris“ bezeichnet die Lokalisation am Unterschenkel, sodass ausschließlich ein Symptom beschrieben wird (Dissemond, 2015, S. 241). Sie entsteht durch das postthrombotische Syndrom (PTS), durch Varikosis oder durch Gefäßfehlbildungen. Aber auch Vaskulitiden, PAVK, Infektionen, Traumata oder Tumorerkrankungen verursachen Störungen der Makro- und Mikrozirkulation (Dissemond, 2015, S. 242). Von allen chronischen Ulzerationen betreffen etwa 57 bis 80 % das Ulcus cruris venosum (ICD-10, I83.0/I83.2/I87.01), 4 bis 30 % das Ulcus cruris arteriosum (ICD-10, I70.23/I70.24), circa 10 % das Ulcus cruris mixtum (ICD-10, I70.23; I83.0 und I83.2) und nochmals 10 % das Ulcus unklarer Genese (ICD-10, L97/L98.4/ R02) (DGP, 2010, S. 3).

Infolge einer chronisch venösen Insuffizienz (CVI) kann ein Substanzdefekt in pathologisch verändertem Gewebe des Unterschenkels entstehen (Deutsche Gesellschaft für Phlebologie (DGP), 2010, S. 2). Massive Druckerhöhungen im Venensystem können zu einer Insuffizienz der subfaszialen, transfaszialen und/oder epifaszialen Venen führen und langfristig zu Gewebsschädigungen (Phleb-Ödem), Hautveränderungen (Pigmentveränderungen, Athrophie blanche, Dermatolipo-Sklerose) und zu einem Gewebeuntergang (Geschwür, Narbe) führen (Bedürftig & Eder, 2015, S. 398f.; DGP, 2010, S. 4f.). Die Inzidenz kann im Allgemeinen auf 15 bis 30 pro 100.000 Personen geschätzt werden, sodass man in Deutschland von annähernd 2,7 Millionen Betroffenen ausgehen kann (DGP, 2010, S. 3). Die Prävalenz ist Studien zufolge stark altersabhängig. Die Bonner Venenstudie im Jahr 2003 belegt eine Gesamtprävalenz der deutschen Bevölkerung (zwischen dem 18. und 79. Lebensjahr) für das abgeheilte Ulcus von 0,6 % und für das floride Ulcus von 0,1 %. Zwischen dem 70. und 79. Lebensjahr war die höchste Prävalenz mit 2,4 % zu verzeichnen (DGP, 2010, S. 2). In Deutschland erfolgt die Klassifikation der CVI zumeist nach Widmer und Marshall (s. Tab. 3).

2 Theoretischer Rahmen

Tabelle 3: Klassifikation der CVI nach Widmer/Marshall

Klassifikation der chronisch-venösen Insuffizienz nach Widmer/Marshall (DNQP, 2009, S. 216)	
Grad	Beschreibung
1	Corona phlebectatica paraplanaris, Phleb-Ödem
2	Zusätzlich trophische Störungen mit Ausnahme des Ulcus cruris (z. B. Dermatolipo-Sklerose, Pigmentveränderungen, weiße Atrophie)
3	Ulcus cruris venosum Grad 3a: abgeheiltes Ulcus cruris venosum Grad 3b: florides Ulcus cruris venosum

Die Kausaltherapie der zugrunde liegenden Gefäßerkrankung steht im Vordergrund. Bei CVI bilden die medizinische Kompressionstherapie (Kompressionsverbände, medizinische Kompressionsstrümpfe) und Bewegung (Venensport) die Grundlage nicht invasiver Maßnahmen. Studien belegen eine beschleunigte Abheilung und reduzierte Rezidiv-Rate (DGP, 2010, S. 9f.). Des Weiteren gehören operative Eingriffe wie Rekonstruktion und Transplantation von Venenklappen im tiefen Venensystem, Ulcus-Exzisionen oder -Débridements und Fasziotomien zu therapeutischen Maßnahmen.

Das Ulcus cruris arteriosum wird von Protz (2014, S. 113) als folgenschwerste Wunde beschrieben. Genaue Daten zum Anteil chronischer Wundpatienten liegen nach der Deutschen Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung nicht vor (DGfW, 2012, S. 35). Ursächlich dafür ist die periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK) (ICD-10, I70.23, I70.24). Die chronische PAVK entsteht zu 95 % durch Arteriosklerose (Deutsche Gesellschaft für Angiologie (DGA), 2015, S. 18). In Deutschland ist eine steigende Inzidenz zu verzeichnen, schätzungsweise sind circa 4,5 Millionen Menschen betroffen (Protz, 2014, S. 113). Die Prävalenz der Stadien IIa und IIb nach Fontaine steigt von 4 % bei 40-jährigen auf 6 % bei 60-jährigen Patienten an (DGA, 2015, S. 20). Der Knöchel-Arm-Index (ABI) eignet sich als Parameter zur Erfassung des kardiovaskulären Risikos mit Sicht auf Morbidität und Mortalität. Bei einem ABI-Wert von < 0,9 liegt eine PAVK vor (DGA, 2010, S. 24, 29). Betroffene empfinden einen Claudicationschmerz und sind dadurch in ihrer Beweglichkeit und Lebensqualität eingeschränkt. Dieser belastungsabhängige Muskelschmerz macht sich bei Gehstrecken in den Beinen bemerkbar und verblassen in Ruhe (DGA, 2015, S. 47, 72). Die stadiengerechte Behandlung der PAVK steht in Abhängigkeit zu der Klassifikation nach Fontaine (s. Tab. 4).

2 Theoretischer Rahmen

Tabelle 4: Stadiengerechte Behandlung der PAVK in Abhängigkeit der Stadien-Einteilung nach Fontaine

Maßnahme	Stadium			
	I	II (a/b)	III	IV
	Asymptomatisch	Gehstrecke > 200m/ Gehstrecke < 200m	Ischämischer Ruheschmerz	Ulcus Gangrän
Risikofaktorenmanagement (Nikotinkarenz, Statine, RR-Behandlung, Therapie des Diabetes mellitus)	+	+	+	+
Thrombozytenfunktionshemmer (ASS oder Clopidogrel)	(+)	+	+	+
Physikalische Therapie (Gehtraining, REHA-Sport)	+	+		
Medikamentöse Therapie (Cilostazol oder Nafidrofuryl)		+		
Strukturierte Wundbehandlung (ggf. Antibiotikagabe, lokale Wundbehandlung, Druckentlastung)				+
Interventionelle Therapie (Gefäßsituation, Begleiterkrankungen, Therapiewunsch des Patienten)		+*	+	+
Operative Therapie		+*	+	+

+ Empfehlung DGA, * bei hohem individuellem Leidensdruck und geeigneter Gefäßmorphologie

Die Grundbehandlung der PAVK basiert auf systemischer Therapie wie Gehtraining, Gewichtsreduktion, Nikotinkarenz, Behandlung der arteriellen Hypertonie, der Hypercholesterinämie und des Diabetes mellitus. Abhängig von der klinischen Symptomatik können invasive Therapien (operative oder endovaskuläre Eingriffe) notwendig werden. Je nach Ausmaß der Erkrankung können Maßnahmen wie Stenteinlagen, Revaskularisationen durch Bypass-Anlage bis hin zu Amputationen notwendig werden (DGA, 2015, S. 47ff., S. 89ff.).

Die Deutsche Gesellschaft für Angiologie empfiehlt in ihrer Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge der PAVK ein strukturiertes Nachsorgeprogramm. Dieses Programm enthält die vier Eckpfeiler:

1. „Beratung und Management der Risikofaktoren,
2. Klinische Kontrolluntersuchungen,
3. Erfassung weiterer Behandlungsoptionen,
4. Nachsorge von invasiven Behandlungsverfahren (operativ und endovaskulär).“

(DGA, 2015, S. 123)

2.1.1.3 Diabetisches Fußsyndrom

Die Bundesärztekammer (BÄK), die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KVB) und die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) beschreiben Diabetes mellitus als eine chronische Stoffwechselerkrankung, die in Typ 1

2 Theoretischer Rahmen

(absoluter Insulinmangel) und Typ 2 (relativer Insulinmangel) eingeteilt wird. Dauerhaft hohe Blutzuckerwerte verursachen Schäden am Gefäß- und Nervensystem, die wiederum zu einer Fußkomplikation führen können (BÄK, KBV & AWMF, 2010, S. 16). Nach Angaben des Robert-Koch-Instituts wurde bei 4,6 Millionen Menschen im Alter von 18 bis 79 Jahren ein Diabetes mellitus diagnostiziert. Bei weiteren 1,3 Millionen Deutschen muss von einem unentdeckten Diabetes ausgegangen werden (RKI, 2017a). Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) geht von einer Verdoppelung der an Diabetes Erkrankten bis zum Jahr 2025 aus. Circa 0,8 % und 10 % der an Diabetes mellitus erkrankten Menschen leiden an einem Diabetischen Fußsyndrom (DFS). Die jährliche Neuerkrankungsrate liegt bei 2,2 bis 5,9 %. Das Fußulcus ist ein multifaktorielles Krankheitsgeschehen, dessen Ursachen die periphere Polyneuropathie (pPNP) und die PAVK sind. Die Stoffwechselstörungen führen zu neuronalen Funktionsbeeinträchtigungen (sensorisch, motorisch, autonom), Einschränkungen in der Beweglichkeit („Limited joint mobility“ (LJM)), zu Hornhautschwielen, psychosozialen Beeinträchtigungen und zu Gefäßveränderungen (Mikro- und Makroangiopathien) (Osterbrink & Huber, 2015, S. 304; Morbach et al., 2012, S. 143). Zehenfehlstellungen wie bspw. Krallen- und Hammerzehen und Fußdeformitäten sind die Folge. Aufgrund der Sensibilitätsstörungen nimmt der Betroffene Druckeinwirkungen nicht wahr, und es bilden sich Atrophien der Fußmuskulatur sowie Traumata, die zu einem Ulcus führen. Bei Patienten ist häufig das Tragen von ungeeignetem Schuhwerk zu beobachten. Eine herabgesetzte Schweißproduktion bedingt des Weiteren einen trockenen Hautzustand, sodass eine erhöhte Anfälligkeit für Rhagaden und Infektionen besteht (Bedürftig & Eder, 2015, S. 397f.). Für die Eingruppierung eines neuropathisch-ischämischen Diabetischen Fußulcus wird in Deutschland zumeist das Klassifikationssystem nach Wagner/Armstrong verwendet (s. Tab. 5):

Tabelle 5: Wagner-Armstrong-Klassifikation

Wagner-Armstrong-Klassifikation (Morbach et al., 2012, S. 146)

Wagner-Grad	0	1	2	3	4	5
Armstrong Stadium						
A	prä- oder postulzerativer Fuß	oberflächliche Wunde	Wunde bis zur Ebene von Sehnen oder Kapsel	Wunde bis zur Ebene von Knochen und Gelenken	Nekrose von Fußteilen	Nekrose des gesamten Fußes
B	mit Infektion	mit Infektion	mit Infektion	mit Infektion	mit Infektion	mit Infektion
C	mit Ischämie	mit Ischämie	mit Ischämie	mit Ischämie	mit Ischämie	mit Ischämie
D	mit Infektion und Ischämie	mit Infektion und Ischämie	mit Infektion und Ischämie	mit Infektion und Ischämie	mit Infektion und Ischämie	mit Infektion und Ischämie

Betrachtet man die Amputationsraten in Deutschland, so fallen 70 % der 60.000 Amputationen auf Menschen mit Diabetes mellitus. Durch multidisziplinäre Zusammenarbeit bei der Behandlung von Menschen mit DFS könnten circa 50 % der Amputationen vermieden werden

2 Theoretischer Rahmen

(Morbach et al., 2012, S. 143f.). Morbach et al. sehen sieben wesentliche Aspekte der Behandlung als zentral an:

- „*Stoffwechseloptimierung und Behandlung internistischer Grunderkrankungen*
- *Infektionskontrolle*
- *Débridement avitaler Gewebeanteile*
- *Effektive Druckentlastung*
- *Lokale Wundbehandlung*
- *Therapie von Gefäßerkrankungen*
- *Patientenschulungen“* (Morbach et al. 2012, S. 147).

2.2 Versorgungsstrukturen von Menschen mit chronischen Wunden in der Primärversorgung

Ein zentrales Thema dieser Arbeit ist die interprofessionelle Zusammenarbeit von Hausärzten und professionell Pflegenden. Der Schwerpunkt liegt in der Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden im ambulanten Setting. Allgemeinmediziner nehmen aufgrund ihrer generalistischen Expertise einen wichtigen Stellenwert ein. Ihre Aufgabe liegt in der Gesamtbetrachtung des Geschehens, von der klinischen Untersuchung über das Therapiekonzept bis hin zum Defektschlusses der Wunde (Lahnsteiner & Lohninger, S. 275). Sie tragen die Anordnungs- und Evaluationsverantwortung. Professionell Pflegende zählen Wundversorgung auch zu ihren typischen Aufgabenfeldern. Im Gegensatz zu Ärzten obliegt ihnen jedoch „nur“ die Durchführungsverantwortung (Panfil, 2006, S. 69). Beide Berufsgruppen unterliegen den Strukturen des Gesundheitssystems in Deutschland, welches teilweise sehr komplex zu sein vermag. Deswegen ist es unabdingbar, auf die Spezifika der Profession Medizin und der Semiprofession Pflege näher einzugehen. Dies betreffen Bereiche wie Basisdaten der Beschäftigten in Deutschland und im Saarland, Aufgaben- und Zuständigkeitsbereiche, Ausbildungs- und Studiumsinhalte, Weiterbildungsmöglichkeiten in der Wundversorgung und Vergütungsmerkmale.

2.2.1 Pflegerische Versorgung in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen

Ambulante Pflegeeinrichtungen sind selbstständig wirtschaftende, freigemeinnützige öffentliche oder private ambulante Pflegedienste, die durch einen Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI zu pflegerischen Tätigkeiten zugelassen sind und Pflegebedürftige in ihrer Wohnung versorgen (§ 71 SGB XI). 2015 existierten in Deutschland 13.323 ambulante Pflegedienste. Die personelle Situation stellte sich wie folgt dar: Insgesamt waren 78.281 Altenpfleger, 81.969 Gesundheits- und Krankenpfleger und 8.098 Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger beschäftigt (Statistisches Bundesamt, 2017, S. 12, 15). Davon waren im Saarland in insgesamt 119 ambulanten Diensten 575 Altenpfleger, 934 Gesundheits- und Krankenpfleger und 110 Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger beschäftigt (Statistisches

2 Theoretischer Rahmen

Amt Saarland, 2016, S. 5f.). Stationäre Pflegeeinrichtungen sind selbstständig wirtschaftende Pflegeheime, in denen Pflegebedürftige vollstationär oder teilstationär untergebracht und verpflegt werden (§71 SGB XI). In deutschlandweit 13.596 stationären Pflegeeinrichtungen arbeiteten 168.131 Altenpfleger, 52.570 Gesundheits- und Krankenpfleger und 3.503 Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Statistisches Bundesamt, 2017, S. 21, 25). Durch einen Versorgungsvertrag mit den Pflegekassen waren im Jahr 2015 164 saarländische Pflegeheime zugelassen. In den stationären Einrichtungen waren 1.935 Altenpfleger, 974 Gesundheits- und Krankenpfleger und 65 Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger angestellt (Statistisches Amt Saarland, 2016, S. 8, S. 10).

Nach dem International Council of Nurses (ICN) des Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverbands (ÖGKV), dem Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) und dem Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) umfasst professionelle Pflege eine eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung von Menschen aller Altersgruppen. Um die bestmögliche Lebensqualität der Patienten zu erzielen, die Gesundheit zu fördern, Krankheiten zu verhüten, Gesundheit wiederherzustellen und/oder Leiden zu lindern, ist demzufolge eine inter- und intraprofessionelle Zusammenarbeit (z. B. mit Hausärzten) unumgänglich (ÖGKV, SBK, DBfK, 2010, S. 1). Berufsgesetze wie das Altenpflegegesetz (AltPflG) und das Krankenpflegegesetz (KrPflG) regeln Inhalte, Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten, die nach einer dreijährigen Ausbildung zu einem professionell Pflegenden befähigen sollen. Professionell Pflegende sollten demnach in der Lage sein, bei der Behandlung kranker Menschen mitzuwirken und ärztliche Verordnungen eigenständig auszuführen (§ 3 Abs. 1 AltPflG; § 3 Abs. 2 KrPflG). Auch sollten Absolventen dieser drei Berufe – unter Berücksichtigung der Lebenssituation, Selbstständigkeit und Selbstbestimmung der zu pflegenden Person und ihren Angehörigen – Beratungs- und Anleitungssituationen meistern können.

Der Gemeinsame Bundesausschuss gab eine Richtlinie heraus, die Modellvorhaben unterstützt, in denen Pflegefachkräften ärztliche Tätigkeiten übertragen werden. Sie sollen in der Lage sein, Heilkunde selbstständig durchzuführen (GBA, 2011, S. 3f.). Diagnosebezogene Tätigkeiten umfassen u. a. die Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden. Pflegefachkräfte sollten hierbei Tätigkeiten wie Assessment, Verlaufsdiagnostik, Behandlungspfade und den Therapieplan umsetzen (GBA, 2011, S. 14). Dabei verantworten sie die Fachlichkeit, Wirtschaftlichkeit und Rechtmäßigkeit ihrer Handlungen, wobei der Arzt die Entscheidungsbefugnis besitzt, in welchem Umfang Tätigkeiten übernommen werden können oder sogar vermieden werden sollen. Verträge diesbezüglich wurden bis dato im Saarland noch nicht beschlossen.

Pflegefachkräfte hatten und haben die Möglichkeit, ihre fachliche Expertise hinsichtlich der Wundversorgung bei Fachgesellschaften wie der Deutschen Gesellschaft für Wundheilung

2 Theoretischer Rahmen

und Wundbehandlung e.V. (DGfW) oder der Initiative Chronische Wunden e.V. (ICW) zu vertiefen. Die DGfW beispielsweise bildet zum „Wundassistent – WAcert®“ und zum „Wundtherapeut – WTcert®“ aus, um Pflegenden zu einer sicheren und angemessenen Beurteilung und Behandlung von Wunden zu befähigen (DGfW, 2017). Die ICW bildet professionell Pflegende zu „Wundexperten ICW®, zu „Fachtherapeut Wunde®“ und zum „Pflegetherapeut®“ aus. Inhaltlich orientieren sich die Seminare an den pflegerischen Expertenstandards „Dekubitus“ und „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“ des DNQP. Jedoch sollte eine ausgebildete Fachkraft auch ohne Fachweiterbildung in der Lage sein, eine Wundversorgung (Behandlungspflege) durchzuführen und zu verantworten. Das Leistungsspektrum umfasst nach § 37 SGB V die sogenannte „Häusliche Krankenpflege“. Unter anderem erhalten Menschen mit chronischen Wunden in ihrem Haushalt oder einem anderen Ort Behandlungspflege mit dem Ziel, einen Krankenhausaufenthalt zu verhindern bzw. zu verkürzen. Die Pflege gilt hier als ambulante ärztliche Unterstützungsleistung und kann ausschließlich durch eine ärztliche Verordnung mit Genehmigung der Krankenversicherung/des Medizinischen Dienstes der Krankenkasse (MDK) gewährt werden (Simon, 2016, S. 497). Im Saarland existiert ein Rahmenvertrag gemäß §§ 132a SGB V und 132 SGB V, der die einheitliche Versorgung mit häuslicher Krankenpflege und Haushaltshilfe zwischen Kostenträgern und Verbänden regelt. Die Vergütung für Leistungen der Häuslichen Krankenpflege gem. § 37 SGB V ist somit Ergebnis der Verhandlungen zwischen Kostenträgern und der Träger der Pflegeeinrichtungen, vertreten durch die Saarländische Pflegegesellschaft e.V. (SPG) (§ 89 SG XI). Die SPG übernimmt hierbei ein formales Verhandlungsmandat (Simon, 2016, S. 523). Der Leistungskomplex durchläuft ein zweistufiges Verfahren. Erstens werden Punktzahlen festgelegt (durchschnittlicher Zeitaufwand, steht im Verhältnis zu anderen Leistungskomplexen) und zweitens wird das Preisbildungsverfahren (Multiplikation der Punktzahl mit dem für alle Leistungskomplexe einheitlichen Punktewert) (Simon, 2016, S. 526). Beispielsweise erhält ein ambulanter Pflegedienst für eine Dekubitusbehandlung² oder einen Kompressionsverband jeweils 5,80 Euro (Preise ab dem 01.02.2017). Für einen Kompressionsverband inklusive Wundversorgung bei Ulcus cruris (linkes und rechtes Bein) können 9,44 Euro geltend gemacht werden (Saarländische Pflegegesellschaft, 2017). Der stationäre Bereich unterscheidet sich hingegen bezüglich der Vergütung. Greift § 37 SGB V nicht, fällt die Wundversorgung unter § 72 SGB XI, d. h. die Behandlungspflege ist im Pflegesatz inklusive.

² Verordnungsvoraussetzung einer „Dekubitusbehandlung“: mind. oberflächlicher Hautdefekt, evtl. Blasenbildung; Versorgung durch Wundreinigung/Wundverbände; wirksame Druckentlastung (SPG, 2017).

2.2.2 Hausärztliche Versorgung

Die Statistik der Bundesärztekammer wies im Jahr 2015 371.302 berufstätige Ärzte aus, davon 43.569 Allgemeinmediziner (BÄK, 2015). Bricht man die Daten auf das Saarland herunter, so lassen sich für diesen Zeitraum 662 Hausärzte (Ärzte, praktische Ärzte, Allgemeinmediziner) identifizieren.

Die medizinische Versorgung wird in der Regel durch niedergelassene Ärzte bewältigt. Hausärzte sind als Generalisten häufig erste Ansprechpartner bei unterschiedlichsten Gesundheitsproblemen. Sie führen Diagnostik und Therapien durch, bei Bedarf verschreiben sie Arznei-, Heil- und Hilfsmittel und/oder lotsen den Patienten durch das Gesundheitssystem (Simon, 2016, S. 269). Grundlage der hausärztlichen Tätigkeit sind die auf Dauer angelegte Arzt-Patienten-Beziehung und die lebendige Anamnese. Besonders in Erkrankungssituationen können sie so den Patienten unter Berücksichtigung seines familiären Netzwerks und seiner Lebensgeschichte entsprechend würdigen („personenzentrierte Medizin“) (DEGAM, 2015). Nach § 73 SGB V „Kassenärztliche Versorgung, Verordnungsermächtigung“ beinhaltet die hausärztliche Versorgung u. a. die Gesundheitsbildung, -beratung und -förderung, die Einleitung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen, die Integration von nichtärztlichen Hilfen/Diensten, die Koordinations- und Integrationsfunktion zwischen den diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Versorgern wie auch das Zusammenführen, die Bewertung und die kontinuierliche Dokumentation von Behandlungsdaten, Befunden und Ergebnissen (§ 73 Abs. 1 SGB V). Um diese Aufgaben bewältigen zu können, vermittelt das Studium der Humanmedizin wichtige Kenntnisse in Biologie, Physik, Chemie, Anatomie und Physiologie, die für das Verständnis der Wundheilung und -behandlung äußerst wichtig sind.

Die Weiterbildungsordnung für Ärzte des Saarlandes (2004) regelt die Weiterbildungsinhalte u. a. für das Gebiet der Allgemeinmedizin. Im Bereich der Wundversorgung sollen Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten erworben werden, welche die „*für die hausärztliche Versorgung erforderlichen Techniken der Wundversorgung und der Wundbehandlung, der Inzision, Extraktion, Exstirpation und Probeexzision auch unter Anwendung der Lokal- und peripheren Leitungsanästhesie*“ zum Inhalt der Basisweiterbildung haben (Ärztekammer des Saarlandes, 2004, S. 15). Bei weiterem Interesse bieten Fachgesellschaften den Erwerb von Zusatzqualifikationen an. Die DGfW qualifiziert bspw. zum Wundassistent - WAcert® DGfW. Anschließend ist eine weitere Qualifizierung zum Wundtherapeut - WTcert® DGfW möglich. Die Fachgesellschaft Initiative Chronische Wunde e.V. (ICW) befähigt durch ein Basisseminar zum Wundexperten ICW® oder auch zum Ärztlichen Wundexperten ICW®. Dabei müssen alle erbrachten ärztlichen Leistungen dem Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 12 SGB V) folgen. Das bedeutet, dass die Versorgung ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein soll und das Maß des Notwendigen nicht überschritten werden darf. Die Vergütung erfolgt in Form eines

2 Theoretischer Rahmen

einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM), dieser „[...] bestimmt den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander [...]“ (§ 87 SGB V Abs. 2). Die hausärztliche Versorgung umfasst die Behandlung von Menschen mit chronischen Wunden und fällt im EBM unter Kapitel 2.3 „Klein chirurgische Eingriffe“. So erhält ein Arzt bspw. für die Behandlung eines Patienten mit Diabetischem Fußsyndrom (EBM-Ziffer 02311) 140 Punkte, also etwa 14,74 Euro. Dieser Punktewert beinhaltet einen obligaten Leistungsinhalt, bspw. die Abtragung von Nekrosen oder die Verordnung von geeignetem Schuhwerk. Fakultativ kann ein Verband Leistungsinhalt sein. Diese Gebührenposition kann allerdings nur abgerechnet werden, wenn der Arzt im Mittel der letzten vier Quartale 100 Patienten mit Diabetes mellitus behandelt hat und eine Qualifikation in programmierten Schulungsformaten nachweisen kann (KBV, 2017). Der EBM-Punktewert einer Dekubitusversorgung (EBM-Ziffer 02310) liegt bei 205 (circa 21,59 Euro) und kann einmal im Behandlungsfall abgerechnet werden. Der „Behandlungskomplex eines oder mehrerer chronisch venöser Ulcera cruris“ (EBM-Ziffer 02312) wurde mit 55 Punkten bewertet (5,79 Euro). Obligator Leistungsinhalt ist hierbei die Lokaltherapie unter Anwendung von Verbänden und eine Fotodokumentation zu Beginn der Behandlung, anschließend alle vier Wochen (KBV, 2017). Durch den § 37 SGB V haben Hausärzte die Möglichkeit, „häusliche Krankenpflege“ zu verordnen. Erfolgt eine Bewilligung durch die zuständige Krankenkasse, kann der Patient einen ambulanten Pflegedienst seines Vertrauens beauftragen, der die Behandlungspflege übernimmt. Der Anspruch besteht bis zu vier Wochen je Krankheitsfall und kann in begründeten Ausnahmefällen (§ 275 SGB V) für einen längeren Zeitraum bewilligt werden (Simon, 2016, S. 520f.).

2.3. Systematische Literaturrecherche

Die systematische Literaturrecherche dient als Hilfsmittel, um aktuelle und internationale Publikationen zu identifizieren und daraus die bestverfügbare Evidenz ableiten zu können (Behrens & Langer, 2010, S. 137ff.). Als Grundlage zu dieser Studie diente eine Recherche in der kostenfreien Medline-Oberfläche PubMed. Der Schwerpunkt lag hierbei auf Studien, die sich mit der Thematik der Lebensqualität von Menschen mit chronischen Wunden auseinandersetzen. Die WHO definiert „*Quality of Life as an individual's perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns. It is a broad ranging concept affected in a complex way by the person's physical health, psychological state, personal beliefs, social relationships and their relationship to salient features of their environment.*“ (WHO, 2018). Genau aus diesem Grunde sind Erkenntnisse für Gesundheitsprofessionen existenziell. Auf dieser Wissensbasis können relevante Inhalte zu Informationsgesprächen, Beratungsinhalten oder Anleitungssituationen aufbereitet werden, die dann wiederum an das jeweilige Individuum und dessen Bedürfnisse angepasst werden müssen. Häufig wird in Publikationen die Begrifflichkeit „Quality of Life (QoL)“ mit „Health-Related Quality of Life (HRQoL)“ synonym verwendet. Daher werden die Begrifflichkeiten im weiteren Verlauf als gleichbedeutend betrachtet.

Die komplexe Suchanfrage wurde mit MeSH-Terms und logischen Operatoren konstruiert: ((("Leg Ulcer"[Mesh]) OR "Pressure Ulcer"[Mesh]) OR "Diabetic Foot"[Mesh]) AND "Quality of Life"[Mesh]. Der erste Suchlauf fand am 22. Dezember 2015 statt, eine Aktualisierung erfolgte am 13. März 2018. Folgende Filterkriterien wurden angewendet: published in the last 5 years (in der Aktualisierung „published in the last 10 years“); Humans; English; German; Aged: 65+ years. Es wurden Leitlinien, systematische Übersichtsarbeiten, randomisierte und quasi-randomisiert kontrollierte Studien, Diagnostikstudien und qualitative Studien berücksichtigt. Alle Ergebnisse (n= 189) wurden hinsichtlich des Titels und Abstracts auf Eignung gesichtet und nach Ein- und Ausschlusskriterien sortiert. Ausgeschlossen wurden Studien (n= 115), die sich mit speziellen medizinischen Therapieverfahren auseinandersetzen (ggf. auch pharma- und industrieabhängig waren), die Instrumente zur Erfassung der Lebensqualität entwickelt, übersetzt und validiert haben, andere Themenschwerpunkte setzten, wie Telemedizin, Schwerpunkt Pflegende Angehörige, Instrumente zur Entscheidungsfindung, Screening Instrumente, oder sich auf sehr spezielle Vorerkrankungen bezogen, wie Gicht, Rheuma oder Arthrose. Auch Publikationen, zu denen zwar ein englisches Abstract vorlag, deren Volltext jedoch nicht in englischer oder deutscher Sprache veröffentlicht wurde, fanden keine Berücksichtigung. Erst nach Durchsicht des Volltextes (n= 64) konnte eine zweite Auswahl getroffen werden, die letztlich miteinbezogen wurden (n= 43). In Abb. 1 werden alle Publikationen in einem Flussdiagramm dargestellt, das an das PRISMA-Schema angelehnt ist. Die Ergebnisse werden anhand der Wundarten in Kapitel 2.3.1 zusammengefasst.

Flussdiagramm der systematischen Literaturrecherche in PubMed in Anlehnung an das PRISMA-Schema

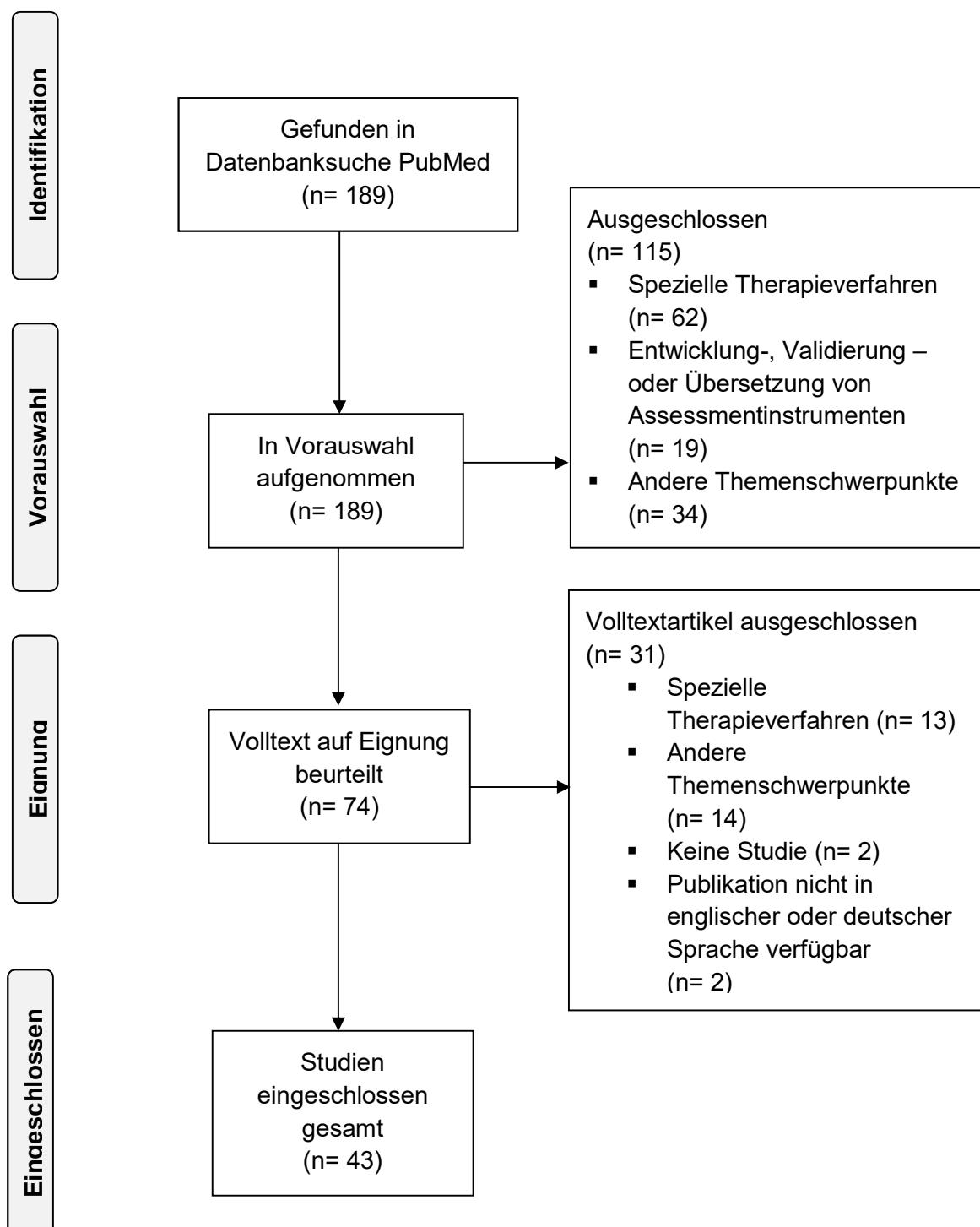


Abbildung 1: Modifiziertes PRISMA-Flussdiagramm zur Studie ChroWuSaar, in Anlehnung an Moher et al. (2009, S. 3)

2.3.1 Internationaler Stand der Forschung

Circa 1 bis 2 % der Weltbevölkerung leiden an einer offenen Wunde. Vor allen Dingen sind Menschen ab dem 65. Lebensjahr davon betroffen, und die Prävalenz steigt mit fortgeschrittenem Lebensalter (Finlayson et al., 2017, S. 872; Silva et al., 2013, S. 97; Sellmer et al., 2013, S. 155). 20 bis 30 % der Betroffenen haben Geschwüre, die extrem langsam oder überhaupt nicht heilen, trotz fachgerechter evidenzbasierter Therapie. Es existieren Fallbeschreibungen, in denen Menschen 15 Jahre oder länger mit ihrer Wunde leben. Im Durchschnitt verläuft der Heilungsprozess über 12 Monate. Mangelndes Verständnis bezüglich der Symptomatik und Unsicherheiten infolge eines fehlenden Erfahrungsschatzes sowie mangelndes Fachwissen von Gesundheitsprofessionellen tragen zu Inkonsistenzen und Unsicherheiten im Management von Menschen mit einem Unterschenkelgeschwür und/oder einer Fußkomplikation bei (Finlayson et al., 2017, S. 871). Betroffene können von zahlreichen Begleiterscheinungen in ihrem Leben und in ihrem Alltag beeinträchtigt werden. Vor allem Symptome wie Schmerz, Mobilitätseinschränkungen, Schlaflosigkeit, Exsudat, Geruch, Wundgröße, Erschöpfung/Müdigkeit, Angst, soziale Isolation, Depression, Ekel, Wut, Aggression, Stigmatisierung, Diskriminierung, Impotenz, Verzweiflung, Ablehnung von Lebenspartnern, häufige Verbandwechsel, Verlust von Lebenszeit, finanzielle Belastungen, Schwierigkeiten bei der Körperhygiene, Angst vor Amputation, Schwellungen der Beine und Juckreiz wurden in zahlreichen Studien als prädiktive Faktoren identifiziert (de Fátima Rodrigues dos Santos et al., 2016, S. 131; Finlayson et al., 2017, S. 872; Dias et al., 2014, S. 577; Mazlina, Shamsul & Saini Jeffery, 2011, S. 234; Nemcová et al., 2016, S. 1247; Wellborn & Moceri, 2014, S. 124; González de la Torre et al., 2016, S. 361ff.; Kouris et al., 2014, S. 744f.; Sellmer et al., 2013, S. 155; Wachholz et al., 2014, S. 73; Salomé et al., 2011, S. 100; Moffatt et al., 2009, S. 750; Brtan Romić et al., 2015, S. 310).

Die Ergebnisse dieser systematischen Literaturrecherche werden anhand der Studien nach Wundarten (Ulcus cruris mit unterschiedlicher Ätiologie (n= 9); Ulcus cruris venosum (n= 9), Ulcus cruris mixtum (n= 1); Ulcus cruris arteriosum (n= 0); Diabetisches Fußsyndrom (n= 19); Dekubitus (n= 5)) und abfolgend nach Veröffentlichungsjahr beschrieben.

Ulcus cruris, unterschiedliche Ätiologie

In Brasilien wurden Daten von 200 Patienten mit chronischen Wunden unterschiedlicher Ätiologie erhoben. Das Durchschnittsalter der Probanden lag zwischen 60 und 79 Jahren, über die Hälfte davon war weiblich und verheiratet. 45 % der Betroffenen litten an einem venösen Ulcus mit einer Dauer von zwei Monaten bis fünf Jahren (**de Fátima Rodrigues dos Santos et al.**, 2016, S. 132). Kinder zu haben, beeinflusste die Lebensqualität positiv. im Vergleich zu anderen Ätiologien verzeichneten Menschen mit Ulcus cruris arteriosum die als am schlechtesten wahrgenommene Lebensqualität. Die Autoren fanden auch folgendes heraus: Je höher das Bildungsniveau, desto besser die Akzeptanz, die Behandlungstreue, das Verständnis über die Maßnahmen und die Selbstmanagementkompetenzen des Betroffenen

2 Theoretischer Rahmen

(de Fátima Rodrigues dos Santos et al., 2016, S. 133). Religiöse Überzeugungen und Spiritualität gaben einigen Teilnehmern Hoffnung auf bessere Zukunftsaussichten (de Fátima Rodrigues dos Santos et al., 2016, S. 134).

Brtan Romić et al. (2015) verwendeten in ihrer Arbeit mit 100 Probanden in Kroatien das World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-BREF) und das World Health Organization Brief Illness Perception Questionnaire (WHOQOL BREF-IPQ). Statistisch stellten sie keinen Zusammenhang zwischen Alter, Geschlecht und Lebensqualität fest (Brtan Romić et al., 2015, S. 310f.). Betroffene waren aufgrund ihrer Wunde sehr besorgt. Vor allem Frauen glaubten daran, dass eine erfolgreiche Behandlung eine positive Wirkung auf ihr Gefühlserleben habe, und waren demzufolge motiviert, den Behandlungsprozess aktiv mitzugestalten (Brtan Romić et al., 2015, S. 312).

In Kanada führten Hopman et al. (2014) eine Querschnittsstudie aus Daten der multi-zenter randomisierten, kontrollierten Studie „Candian Bandaging Trial“, durch. 424 Probanden mit chronischen Bein-Ulcera wurden anhand des SF-12 und dem McGill Pain Questionnaire befragt. Starke Schmerzen, ein jüngeres Lebensalter, Wunddauer wie auch eingeschränkte Mobilität wurden als Einflussfaktoren schlechter Lebensqualität identifiziert (Hopman et al., 2014, S. 1835f.).

Kouris et al. (2014) untersuchten 80 Patienten in Griechenland. Davon litten 49 an einem Ulcus cruris venosum, 31 an einem Ulcus cruris mixtum. Unter Einsatz der vier Instrumente zur Erfassung der Lebensqualität – Dermatology Life Quality Index (DLQI), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Rosenberg´s Self-esteem Scale (RSES) und UCLA Loneliness Scale – konnte das Forscherteam einen positiven Zusammenhang zwischen Beingeschwüren, Depressionen und Angst identifizieren (Kouris et al., 2014, S. 745). Nicht geklärt werden konnte, ob die soziale Isolation eine Folge der Erkrankung war oder der Betroffene sich aus Furcht vor Reaktionen anderer aus seinem Umfeld zurückzog. Alleinlebende litten häufiger an chronischen Wunden als Menschen mit Lebenspartner/Ehepartner (Kouris et al., 2014, S. 746).

Das Forscherteam **Wachholz et al.** (2014, S. 74f.) erhob eine Querschnittsstudie in São Paulo (Brasilien). Sie gingen 41 Probanden mit chronischen Beingeschwüren hinsichtlich ihrer Lebensqualität und ihrer Depressionsneigung auf den Grund. Sie setzten die Instrumente DLQI und QIDS-SR16 ein. Die Ergebnisse verdeutlichen eine hohe Prävalenz von Adipositas bei Menschen mit chronischen Wunden und eine venöse Ätiologie (Wachholz et al., 2014, S. 75). Laut Autoren besteht eine Assoziation zwischen einer negativ wahrgenommenen Lebensqualität und depressiver Symptomatik (Wachholz et al., 2014, S. 79).

In einer Studie aus England wurden elf Teilnehmer im Alter von 65 Jahren in Form semi-strukturierter Interviews in Anlehnung an die Grounded Theory befragt (**Taverner, Closs & Briggs**, 2014, S. 188). Viele der Teilnehmenden litten mehrere Monate bis hin zu Jahren an ihrem Geschwür und bezeichneten das Schmerzempfinden als ständigen Begleiter (Taverner,

2 Theoretischer Rahmen

Closs & Briggs, 2014, S. 191). Der Schmerz war assoziiert mit Schlaflosigkeit, Suizidgedanken, Depressionen und Isolation. Die Schmerztherapie wurde von den Probanden als unzureichend beschrieben. Sorge über Polypharmazie und deren Nebenwirkungen wie bspw. Verstopfung begleitete die Betroffenen. In ihrer hilflosen Situation versuchten Menschen mit chronischen Wunden, ihren Schmerz mit Eis zu bekämpfen (Tavner, Closs & Briggs, 2014, S. 193). Einige Teilnehmer äußerten den Wunsch, lieber ihr Bein zu verlieren als mit den Schmerzen weiterleben zu müssen. Pflegefachkräfte schienen nach Ansicht der Befragten häufig ratlos zu sein. Mehrere Teilnehmer hatten den Eindruck, Pflegefachkräfte hätten ein Wissensdefizit im Bereich Schmerzmanagement. Dies verdeutlicht ein Transkriptausschnitt, in dem die Aussage einer Pflegefachkraft wiedergegeben wurde: „Schmerz ist ein gutes Zeichen, ihr Bein arbeitet.“ (Tavner, Closs & Briggs, 2014, S. 193).

Renner, Seikowski & Simon (2014, S. 50) erforschten den Grad des Ulcus-bedingten Schmerzes und dessen Einfluss auf die Lebensqualität. 103 Teilnehmende wurden unter Einsatz des EQ-5D-Fragebogens angefragt, der Rücklauf lag bei 49. 33 % der Befragten gaben an, dass ihr allgemeiner Gesundheitszustand seit dem vergangenen Jahr gesunken sei. 43 % der Betroffenen nahmen täglich Analgetika ein, in 66 % der Fälle verschrieben durch den Hausarzt oder den Dermatologen. 26 % schätzten indes ihre Analgetika als nicht ausreichend ein. Menschen, die ihren Schmerz auf der visuellen Analogskala mit ≥ 5 einstuften, hatten einen reduzierten Gesundheitszustand (Renner, Seikowski & Simon, 2014, S. 52).

In einer Studie von **Hopman et al.** (2013, S. 168) arbeiteten die Forscher mit Daten zweier randomisierter kontrollierter Studien und bildeten daraus ihren Datensatz. Es stellte sich heraus, dass Frauen Schmerzen stärker wahrnehmen als Männer. Das erhöhte Schmerzempfinden bei jüngeren Männern wurde mit vermehrter körperlicher Aktivität (Arbeit und Familie) in Verbindung gebracht (Hopman et al., 2013, S. 171). Die Forscher konnten keinen signifikanten Zusammenhang zwischen Wundgröße und -dauer und dem Schmerzempfinden feststellen (Hopman et al., 2013, S. 173).

Das Autorenteam **Moffatt et al.** (2009) untersuchte in einer Fall-Kontroll-Studie die psychische Gesundheit von Menschen mit chronischen Wunden ($n= 95$) mit einer Stichprobe ($n= k.A.$) aus Patientendaten von Hausarztpraxen in London (Großbritannien). Eingesetzt wurden das Nottingham Health Profile (NHP), die Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), die Medical Outcomes Study Social Support Survey (MOS) sowie die COPE Scale. Menschen mit chronischen Beingeschwüren wiesen signifikante Einschnitte in den Bereichen Energie, Schmerz, Schlaf und Mobilität auf (Moffatt et al, 2009, S. 752). Die Angst-Depressions-Skala konnte keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen nachweisen. Patienten mit Ulcus wiesen im Gegensatz zur Allgemeinbevölkerung weniger soziale Kontakte auf und erlebten auch eine geringere soziale Unterstützung (Moffatt et al, 2009, S. 753).

Ulcus cruris venosum

Finlayson et al. (2017, S. 873) führten eine Sekundäranalyse aus Daten vorangegangener Längsschnittstudien von Patienten mit Ulcus cruris venosum in Australien durch. Etwa die Hälfte der Probanden war männlich, durchschnittlich 69 Jahre alt und lebte alleine. Ein Drittel der Teilnehmenden benötigte eine Gehhilfe (Finlayson et al., 2017, S. 874). Die Symptombelastung der Befragten war hoch, vor allem im Bereich Schlafstörungen, Schmerz, Schwellung der Beine, Müdigkeit, starkes Exsudataufkommen und Depressivität. Finlayson et al. (2017, S. 875) konnten anhand der Studienergebnisse zwei Symptomcluster erstellen. In der Gruppe 1 „Milde Symptomatik“ mit 67 % waren Teilnehmer mit leichten Schmerzen, keiner oder einer leichten Depression und leichten bis mittleren Schlafstörungen vertreten. Probanden (33 %), die in Gruppe 2 „Schwere Symptomatik“ gruppiert wurden, empfanden hingegen moderate Schmerzen, depressive Symptome, Schlafstörungen und Müdigkeit. Probanden der Gruppe 2 wiesen eine signifikant schlechtere Lebensqualität auf und verzeichneten einen längeren Heilungsverlauf (24 Wochen in Gruppe 2 versus 16 Wochen in Gruppe 1). Niedrig wahrgenommene Lebensqualität beeinflusst den Heilungsverlauf negativ, so die Forscher (Finlayson et al., 2017, S. 876).

González de la Torre et al. (2016, S. 361) erhoben in Gran Canaria (Spanien) – mittels des RESVECH 2.0 (Instrument zur Wundanamnese und -evaluation z. B. Wundgröße, Tiefe, Wundrand, Wundgrund, Exsudat und Entzündung), dem MAID-Score (Skala zur klinischen Messung des Schweregrads des Ulcus) und dem CCVUQe (Messung der Lebensqualität) – Daten von 34 Teilnehmern. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass ein hoher RESVECH-2.0-Score mit einem Verlust der Lebensqualität korreliert (González de la Torre et al., 2016, S. 364). Die Autoren fanden keinen signifikanten Zusammenhang zwischen Bildungsniveau und Lebensqualität. Dennoch die war die These der Forscher, dass Menschen mit niedrigem Bildungsniveau, geringem Einkommen und geringem sozialen Status für venöse Geschwüre anfälliger zu sein scheinen. Zwischen Kompressionstherapie und Lebensqualität konnten die Forscher keinen signifikanten Zusammenhang finden (González de la Torre et al., 2016, S. 65).

Den interpretativen phänomenologischen Ansatz machten sich **Wellborn et al.** (2014, S. 124) in der Nähe von Seattle (USA) zunutze. Sie befragten in Fokusgruppen und Einzelinterviews zehn Teilnehmer zu ihren Erfahrungen mit einer chronisch venösen Insuffizienz (CVI), mit einem aktiven Ulcus cruris venosum (UCV) oder eines abgeheilten UCV. Sechs von zehn Teilnehmenden erlebten eine leichte bis schwere Depression. Als hilfreich und unterstützend nahmen Teilnehmer das familiäre Netzwerk wahr (z. B. Transport zu Terminen, Übernahme des Einkaufs). Auch in dieser Studie, wie auch bei Taverner, Closs & Briggs (2014, S. 193), hinterfragten einige Interviewteilnehmer die Fachlichkeit der Gesundheitsdienstleister. Unterstützung von Health Professionals nahmen Betroffene wahr, indem sie sich willkommen

2 Theoretischer Rahmen

fühlten, ihnen Verständnis suggeriert wurde und/oder sie in einer freundlichen Atmosphäre versorgt wurden (Wellborn & Moceri, 2014, S. 124f.).

Dias et al. (2014, S. 577) erfassten in einer Querschnittsstudie die Lebensqualität von 100 Menschen mit UCV und 104 mit CVI mittels des SF-36-Fragebogens. Die Mehrheit der Population war weiblich, verheiratet und hatte ein niedriges Bildungsniveau. Im Vergleich zu Teilnehmenden mit CVI wiesen Menschen mit UCV eine niedrigere Lebensqualität auf, und das in allen Bereichen des SF-36, jedoch am stärksten in der körperlichen und sozialen Domaine (Dias et al., 2014, S. 579). Keinen signifikanten Unterschied fanden die Wissenschaftler im Schlafverhalten. Die Probanden schliefen in der Regel 6 Stunden oder mehr am Tag (Dias et al., 2014, S. 578).

Lozano Sánchez et al. (2014, S. 221) führten in Spanien die SEA-NUL-2010-01-Studie durch, eine nationale, multizentrische Beobachtungs- und Querschnittsstudie. 1.598 Probanden mit CVI wurden durch 312 Hausärzte in das Forschungsvorhaben eingeschlossen. Die Schwere der CVI wurde anhand des Venous Clinical Severity Score (VCSS) gemessen. Zudem wurden der SF-12 Health Survey und der Chronic Limb-Venous-Insufficiency-Fragebogen (CIVIQ 20) eingesetzt. Drei Gruppen wurden in einer Subanalyse (n= 440) anhand der CEAP-Klassifikation (Einteilung des Schweregrads einer CVI: clinical condition, etiology, anatomic location, pathophysiology) gebildet: Gruppe C1 bildete die „Kontrollgruppe CVI“ (n= 243), Gruppe C5 „geheiltes UCV“ (n= 136) und C6 „aktives UCV“ (n= 70) (Lozano Sánchez et al., 2014, S. 221f.). Teilnehmer der Gruppen C5 und C6 waren signifikant älter, männlichen Geschlechts und brachten ein höheres Körpergewicht auf die Waage. Menschen mit UCV hatten einen höheren Gesamtwert der VCSS gegenüber Patienten mit abgeheiltem Ulcus. Teilnehmende der Gruppe C6 wiesen im Vergleich zu Probanden der Gruppe C5 eine niedrigere Lebensqualität auf (Lozano Sánchez et al., 2014, S. 222f.). Daraus folgern die Forscher, dass die Heilung eines Ulcus cruris venosum nicht direkt mit einer Verbesserung der Lebensqualität einhergeht (Lozano Sánchez et al., 2014, S. 222f.).

Silva et al. (2013) erforschten mit dem phänomenologischen Ansatz die Erfahrungswelt von acht Männern mit chronisch venösen Beinwunden in Mineira (Brasilien). Das Körperbild veränderte sich mit dem Geschwür, zum Beispiel berichteten Teilnehmer davon, keine kurzen Hosen mehr tragen zu wollen, oder sie äußerten den Wunsch, beim Ausziehen nicht gesehen zu werden. Schmerzen führten zu sozialer Isolation. Auch berichteten die Interviewten von Einschränkungen in ihrer Sexualität und in ihrem Erwerbsleben. Der Wunsch, das alte Leben wieder zurückzubekommen, war groß und motivierte zugleich, an der Heilung aktiv mitzuarbeiten (Silva et al., 2013, S. 99).

In dem integrativen Review von **González-Consuegra & Verdú** (2011) ergab sich, dass eine Einschränkung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität sich schon relativ frühzeitig im Verlauf einer chronischen Beinwunde bemerkbar macht. Schmerz kristallisierte sich als stärkste Beeinträchtigung heraus. Auch Mobilitätseinschränkungen und Schlafstörungen seien

2 Theoretischer Rahmen

nicht zu unterschätzen und beeinflussten vor allem die emotionale und soziale Ebene des Lebens. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität sinkt auf circa 10 % mit Auftreten des Geschwürs, so die Wissenschaftler (González-Consuegra & Verdú, 2011, S. 936).

Renner et al. (2009, S. 953) erforschten in Deutschland 67 Patienten mit aktivem UCV (n= 30), abgeheiltem UCV (n= 16) und CVI (n= 21). Die Population wurde mittels des Freiburger Life Quality Assessment (FLQA) befragt und analysiert. Körperliche Beeinträchtigungen von Menschen mit aktivem und geheiltem UCV waren altersassoziiert. Mit zunehmendem Lebensalter nahmen die Einschränkungen im Alltag zu, bspw. beim Einkaufen, bei der Haushaltsführung, beim Tragen und Treppen-Steigen. Auch finanzielle Belastungen, die mit der Erkrankung einhergingen, führten zu sozialer Isolation (Renner et al., 2009, S. 954). Menschen mit UCV fühlten sich unglücklicher und schätzten sich signifikant häufiger mut- und hilfloser ein als Menschen mit CVI. Zu dem waren Betroffene mit aktivem und abgeheiltem UCV häufiger auf fremde Hilfe angewiesen (Renner et al., 2009, S. 956).

Jones, Robinson & Barr (2008, S. 54) identifizierten in ihrer Forschung den Einfluss von Exsudat und Geruch auf die Lebensqualität von Menschen mit CVU. Zwölf Frauen und acht Männer wurden in Einzelinterviews befragt. Die Wahrnehmung des Geruchs führte bei den Teilnehmenden zu Scham, Abscheu vor sich selbst, Ekel und Selbsthass. Sie beschrieben den Geruch mit Metaphern, wie „sterbendes Fleisch“ oder „abgefaulte Blumen“ (Jones, Robinson & Barr, 2008, S. 56). Das Exsudataufkommen führte zu negativen Gefühlen wie Frustration und Aggression. Die Betroffenen schilderten Erlebnisse, die sie in ihrer Häuslichkeit aufgrund der Wunde erfuhrten. Schmutzige Bettwäsche oder Handtücher bekamen sie nicht mehr sauber, deswegen kleideten sie ihr Bett mit Plastik aus, um keinen weiteren Schaden anzurichten (Jones, Robinson & Barr, 2008, S. 58). Die Forscher identifizierten bei den Teilnehmenden hohe Depressionswerte auf der HADS. Die Wunde wurde als Stigmatisierung wahrgenommen. Betroffene fühlten sich peinlich berührt, wenn sie jemand anstarrte, und vermieden aufgrund dessen soziale, teilweise auch familiäre Kontakte (Jones, Robinson & Barr, 2008, S. 59).

Ulcus cruris mixtum

Do, Edwards & Finlayson (2015) führten eine Sekundäranalyse von vier Längsschnittstudien durch. Die häufigsten negativen Beeinträchtigungen von Menschen mit Ulcus cruris mixtum (UCM) waren Schmerz und Müdigkeit, gefolgt von Exsudataufkommen, Ödemen und Depressionen (Do, Edwards & Finlayson, 2015, S. 907). Je größer die Wundfläche, umso stärker die Symptome. Infektionen traten bei Patienten mit Ulcus cruris mixtum häufiger auf, wenn sie mehr als drei Koerkrankungen hatten und mehr als vier Medikamente einnahmen (Do, Edwards & Finlayson, 2015, S. 906).

Diabetisches Fußsyndrom

Gavan et al. (2016, S. 2) führten in Rumänien eine Querschnittsstudie mit 17.530 Teilnehmern durch. Es bestand ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Auftreten der Symptome (Neuropathien, Diabetisches Fußsyndrom) und einer zeitlich verzögerten Konsultation des Arztes. Das Risiko ein Gangrän und/oder einer Amputation war in derjenigen Patientengruppe am höchsten, die erst nach einem Jahr Symptomgeschehen einen Arzt aufsuchte. Das Forscherteam appelliert, dass niedrigschwellige Bildungsangebote wichtig seien, um Patienten die Symptome näherzubringen und die Prävention von Folgekomplikationen zu verbreiten (Gavan et al., 2016, S. 6).

Die Publikation von **Goie & Naidoo** (2016) unterstützt diese Erkenntnisse mit einer Querschnittsstudie aus Durban (Südafrika) mit 280 Teilnehmern. Menschen mit Diabetes mellitus zeigten ein geringes Bewusstsein für die Folgekomplikation Diabetisches Fußsyndrom (DFS), wie bspw. das Auftreten von Fußinfektionen, periphere Neuropathien und/oder periphere arterielle Verschlusskrankheiten (Goie & Naidoo, 2016, S. 1175).

Nemcová et al. (2016, S. 1247f.) führten eine Querschnittsstudie unter Einsatz des WHOQOL-BREF-Fragebogens der Visegrád-Gruppen (Slowakei (n= 129), Tcheschien (n= 102), Polen (n= 165) und Ungarn (n= 129)) durch. Ein signifikanter Zusammenhang bestand zwischen höherem Lebensalter und reduzierter Lebensqualität. Auch der Status „allein lebend“ wirkte sich signifikant negativ auf die psychologische Ebene der Lebensqualität aus. Je höher das DFS auf der Wagner-Klassifikation eingestuft wurde, desto schlechter war die wahrgenommene Lebensqualität. Die Faktoren Adipositas, Größe des Ulcus und Länge der Erkrankungszeit des Diabetes mellitus gehen außerdem mit einer geringeren Lebensqualität einher. Informierte Menschen mit DFS hingegen wiesen eine deutlich höhere Lebensqualität auf (Nemcová et al., 2016, S. 1251).

Das freilich mehr Informationen zu Entscheidungskonflikten führen können, fanden **Mc Bride et al.** (2016) fanden heraus: Die Erkenntnisse der bisherigen Literatur belegen, dass Therapietreue und Fußselbstkontrolle für den Behandlungserfolg des DFS entscheidend sind, wohingegen eine niedrige Selbstmanagementkompetenz häufiger zu Amputationen führt (McBride et al, 2016, S. 1483). Die Autoren führten das Instrument „Decision Making“ ein. In Form eines Interviews wurden Fragen des Betroffenen und seiner Bedenken bzgl. Pflege und Behandlung aufgenommen und zusammengefasst. Dies stärke die Entscheidungsfähigkeit und -sicherheit, so die Annahme der Autoren (McBride et al, 2016, S. 1483f.). Sie randomisierten zwei Gruppen: eine Gruppe mit „Decision Navigation“ zusätzlich zum normalen Management (n= 30) und eine Kontrollgruppe (n= 26) mit dem üblichen Versorgungsprozess. Das Instrument fand Akzeptanz unter den Probanden, sie gaben an, es anderen DFS-Betroffenen weiterempfehlen zu wollen. Das Instrument ergab jedoch keine statistischen Signifikanzen bzgl. der Einhaltung der Fußbehandlung oder des Vertrauens in diese (McBride et al, 2016, S. 1486ff.). Das Instrument führte bei den Probanden zu mehr

2 Theoretischer Rahmen

Entscheidungskonflikten, anstatt den Entscheidungsprozess zu erleichtern (McBride et al, 2016, S. 1489).

Pedras, Carvalho & Da Graça Pereira (2016, S. 174) hatten zum Ziel, durch deskriptive Statistik die Charakteristika von Menschen mit DFS in Portugal zu beschreiben. Die Daten zeigten, dass die Prävalenz eines DFS mit zunehmendem Lebensalter ansteigt und mit einem niedrigem sozioökonomischen Status, dem Familienstand „allein lebend“ und der Dauer des Diabetes mellitus assoziiert ist (Pedras, Carvalho & Da Graça Pereira, 2016, S. 174). Das Autorenteam unterstreicht die große Bedeutung des familiären Netzwerks und appelliert, diese mit in den Versorgungsprozess einzubinden (Pedras, Carvalho & Da Graça Pereira, 2016, S. 175).

Navarro-Flores et al. (2015) belegen, dass ein Wissensdefizit von Menschen mit Diabetes mellitus ein signifikantes Risiko für Fußkomplikationen und Amputationen darstellt (Navarro-Flores et al., 2015, S. 407). Sie beschreiben die Ergebnisse einer Metaanalyse mit dem Schwerpunkt Selbstpflege bei DFS, Reduktion von Amputationen, Edukationsprogramme/Interventionen und Messung der Lebensqualität. Insgesamt zeigen Schulungseinheiten, die die Selbstmanagementkompetenzen von Menschen mit DFS präventiv stärken sollen, eher langfristige Erfolge, und die Autoren sind der Ansicht, dass eine kontinuierliche Betreuung der Patienten den Erfolg erhöhe und sichern könne (Navarro-Flores et al., 2015, S. 409).

Die Querschnittsstudie von **Wendling & Beadle** (2015) betrachtete die Beziehung zwischen Selbstwirksamkeit und der Fußselbstpflegekompetenz von an Diabetes mellitus Erkrankten. Dazu gehört u. a. die tägliche Fußinspektion sowie die Reduktion von Gesundheitsrisiken, um Komplikationen wie der Entwicklung eines DFS vorzubeugen (Wendling & Beadle, 2015, S. 38). Die Forscher nutzten das Nottingham Assessment of Functional Footcare und die modifizierte Foot Care Confidence Scale für die letzliche Studienpopulation von 223 Teilnehmern. Die Mehrheit gab an, selbst die Fußpflege zu übernehmen (61,1 %) und alle drei bis sechs Monate ihren Arzt zur Kontrolle aufzusuchen. Das Bildungsniveau der Probanden im Verhältnis zu ihrer Erkrankung variierte stark. 10,9 % hatten noch nie an einer Edukationsmaßnahme teilgenommen, 37,3 % einmal, 19,1 % zweimal und 32,7 % haben dreimal oder mehrmals an einer Maßnahme teilgenommen (Wendling & Beadle, 2015, S. 39). Die Forscher konnten zwar keinen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Grad der Selbstwirksamkeit und der Fähigkeit zur Selbstpflege der Füße identifizieren, dennoch kamen sie zu dem Schluss, dass Edukationsmaßnahmen einen besseren Einfluss auf die Selbstpflege habe. Bildung sei somit ein positiver Prädiktor für Selbstmanagementkompetenzen (Wendling & Beadle, 2015, S. 40).

Die Lebensqualität von Menschen mit Diabetes verschlechtert sich mit dem Auftreten eines DFS, so **Skhar et al.** (2015, S. 165). In Indien wurden innerhalb einer Querschnittsstudie Teilnehmer in zwei Gruppen randomisiert. Eine Gruppe bestand aus Menschen mit DFS

2 Theoretischer Rahmen

(n= 200), die andere aus Betroffenen mit Diabetes mellitus ohne bestehende Fußläsion (n= 200). Die Forscher setzten den RAND 36-item Health Survey Questionnaire und das Diabetic Foot Ulcer Scale-Short Form (DFS-SF) ein. Die Lebensqualität bei Menschen mit DFS erwies sich in allen Domainen als sehr schlecht (Skhar et al., 2015, S. 168). Betroffene mit DFS wiesen signifikant niedrigere Werte im physischen und psychischen Bereich auf als Menschen ohne Fußgeschwür (Skhar et al., 2015, S. 168). Sie werteten ihre allgemeine Gesundheit als schlecht und blieben in der Annahme, dass es immer weiter bergab gehe (Skhar et al., 2015, S. 169).

In der kanadischen Studie von **Hoban et al.** (2015) wurden 47 Teilnehmende mit DFS und 49 Probanden mit Diabetes mellitus ohne DFS rekrutiert. 21 pflegende Angehörige von Menschen mit DFS nahmen zudem an der Studie teil. Patienten mit Diabetes mellitus erhielten die Fragebogen The Hospital and Depression Scale (HADS), Alcohol Use Disorder Inventory Test (Audit), Diabetes Symptom Checklist (DSC-2), Short Form 36 health Survey (SF-36), Short Form McGill Pain Questionnaire und Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R). Den pflegenden Angehörigen überlies man das Montgomery Caregiver Burden Assessment (MCBA), die Hospital and Depression Scale (HADS) wie auch den SF-36 (Hoban et al., 2015, S.50). DFS umfasste in dieser Studie Geschwüre, Osteomyelitis und Charcot-Arthropathie. Betroffene mit DFS hatten im Vergleich zu Menschen ohne DFS deutlich stärkere Symptome des Diabetes mellitus, höhere Depressionswerte, schlechtere gesundheitsbezogene Lebensqualität, stärkere Schmerzen und ein größeres suizidales Verhalten. Sie waren häufiger männlich, arbeitslos oder in Rente. Pflegende Angehörige erleben Belastungen in der Pflegesituation und wiesen häufig leichte bis mittelschwere Depressionen auf (Hoban et al., 2015, S. 51).

Das Forscherteam **Fejfarová et al.** (2014) untersuchte in einer Fall-Kontroll-Studie die Lebensqualität von Menschen mit Diabetischen Fußsyndrom (n= 104) und Menschen mit Diabetes mellitus ohne Fußläsion (n= 48). Die Ergebnisse belegen: Eine niedrigere Lebensqualität ist mit der Dauer der Diabetes mellitus assoziiert. Menschen mit DFS unterschieden sich hinsichtlich ihrer Bildungsniveaus und ihrem Erwerbsstatus von Menschen ohne DFS. Sie hatten eher ein niedriges Bildungsniveau, erhielten Erwerbsunfähigkeitsrente oder waren weniger in Vollzeit beschäftigt. Fußpflege übernahmen die Betroffenen meist selbst, gefolgt von deren Lebenspartnern (Fejfarová et al., 2014, S. 4). Die Autoren sind der Ansicht, dass eine verbesserte körperliche Leistungsfähigkeit und eine Stärkung des Selbstmanagements zu einer psychischen Stabilität und folglich zu einer besseren Wundheilung führen könnte (Fejfarová et al., 2014, S. 5).

Siersma et al. (2013) analysierten Daten der Eurodiale-Studie, einer multizentrisch beobachtenden prospektiven Untersuchung, die das Ziel verfolgte, Menschen mit einem Diabetischen Fußsyndrom und deren Lebensqualität mithilfe des Euro-QoL-5D zu untersuchen. 1.232 Teilnehmer wurden in die Forschungsarbeit eingeschlossen (Siersma et

2 Theoretischer Rahmen

al., 2013, S. 1383f.). Mobilitätseinschränkungen (Unfähigkeit zu gehen oder nur mit Hilfe gehen zu können) bedeuteten den größten Einschnitt in die Lebensqualität der Betroffenen mit DFS, gefolgt von der Wundgröße und moderaten bis starken Schmerzen (Siersma et al., 2013, S. 1386).

Salomé et al. (2011) verfolgten mit ihrer Querschnittsstudie in São Paulo (Brasilien) das Ziel, Menschen mit Diabetes mellitus mit (n= 50) und ohne Fußkomplikationen (n= 50) hinsichtlich ihres Selbstwertgefühls zu analysieren. Dazu verwendeten sie die Rosenberg Self-Esteem Scale, ein spezifisches Instrument, mit dem die Lebensqualität gemessen werden kann. Bezogen auf die soziodemografischen Merkmale konnten keine signifikanten Unterschiede identifiziert werden. Der überwiegende Anteil der Befragten war über 60 Jahre alt. Die Lebensqualität allerdings unterschied sich signifikant in den beiden Gruppen. Probanden ohne DFS erreichten mehrheitlich die Punktzahl 10 oder weniger. Menschen mit DFS hingegen lagen zu 60 % bei 21 bis 30 Punkten, was mit einem niedrigen Selbstwertgefühl koaliert (Salomé et al., 2011, S. 101). Das Studienteam spricht sich dafür aus, Qualifikationen von Gesundheitsprofessionellen auf die Gesundheitsbedürfnisse der Betroffenen mit DFS anzupassen und zu verbessern. Besonders praktische Skills müssten trainiert werden, um auch pflegende Angehörige zu stärken (Salomé et al., 2011, S. 105).

Die Forschergruppe **García-Morales et al.** (2011) befragte in Madrid (Spanien) Menschen mit Diabetes mellitus ohne DFS oder Amputation (n= 258) versus Menschen mit Diabetes mellitus und DFS (n= 163) hinsichtlich ihrer Lebensqualität. Menschen mit DFS zeigten eine schlechtere Lebenseinstellung. Die notwendige Entlastung des Fußes schränkte ihre Mobilität ein. Folglich führte dieser Umstand zu Einschränkungen in der Hygiene, Kleidung, Hausarbeit und implizierte Abhängigkeiten von Familienangehörigen (García-Morales et al., 2011, S. 8f.). Die Wissenschaftler kamen zu dem Ergebnis, dass ein langer Heilungsverlauf mit einer schlechteren Lebensqualität verbunden ist. Die Komplikation eines Charcot-Fußes brachte die größte körperliche Einschränkung mit sich (García-Morales et al., 2011, S. 10).

Mazlina, Shamsul & Saini Jeffery (2011) rekrutierten in Malaysia 174 Teilnehmer mit Diabetes mellitus und randomisierten sie in eine Gruppe von Menschen mit Fußkomplikationen (n= 140) und eine Gruppe ohne Fußkomplikationen (n= 134). Mehr als die Hälfte der Menschen mit DFS litten mehr als 10 Jahre an Diabetes mellitus. Die beiden Gruppen unterschieden sich hinsichtlich ihrer Komorbiditäten wie Hypertonie, Dyslipidämie, koronare Herzkrankheit, Gichtarthritis und Nierenerkrankungen nicht. Mehrheitlich wiesen Menschen mit DFS Grad 2 nach der Wagner-Klassifikation nach (Mazlina, Shamsul & Saini Jeffery, 2011, S. 235). Betroffene mit DFS zeigten in allen acht Domainen des SF-36 eine signifikant schlechtere HRQoL als Teilnehmer ohne Fußkomplikation (Mazlina, Shamsul & Saini Jeffery, 2011, S. 237).

In einer Querschnittsstudie aus Finnland schlossen **Pakarinen et al.** (2009) 29 Menschen mit Charcot-Fuß ein. Die Phasen des Charcot-Fußes wurde nach Eichenholtz klassifiziert, die

2 Theoretischer Rahmen

Beteiligung der Umgebung nach Sanders & Frykberg. Jeder Teilnehmer füllte den SF-36 aus. Die mittlere Nachbeobachtungszeit betrug acht Jahre. Die Sterblichkeit lag bei 29 %. Betroffene waren im Mittel 43 Jahre an ihrem Diabetes Typ 1 und 19 Jahre an Diabetes Typ II erkrankt. Zwanzig Charcot-Füße (67 %) hatten mindestens einen Ulcus, 12 Füße wiesen mehrfach Wunden auf (Pakarinen et al., 2009, S. 188). Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung erlebten Menschen mit Charcot-Fuß eine signifikant niedrigere Lebensqualität, vor allem in den physischen und sozialen Domänen (Pakarinen et al., 2009, S. 190). Probanden, die die Diagnose nach Auftreten der Symptome innerhalb von drei Monaten gestellt bekamen, hatten bessere Voraussetzungen als Menschen, die nach drei Monaten und später diagnostiziert wurden (Pakarinen et al., 2009, S. 190).

Ribu et al. (2008, S. 401) führten eine prospektive Studie in Norwegen durch. Nach 12 Monaten konnten 99 Teilnehmer mit Diabetes mellitus und DFS anhand des SF-36, evaluiert werden. Das mittlere Lebensalter lag bei 61 Jahren. Die Mehrheit der Teilnehmer war gekennzeichnet durch das männliche Geschlecht, Adipositas und ein niedriges Bildungsniveau. 29 % der Probanden waren an Typ 1 Diabetes mellitus erkrankt, die mittlere Krankheitsdauer betrug 19 Jahre. Nach zwölf Monaten litten weiterhin 35 % der Teilnehmer an einem Fußulcus, 37 % waren geheilt und 6 % mussten sich einer Amputation unterziehen (Ribu et al., 2008, S. 404). Im Beobachtungszeitraum konnte festgestellt werden, dass die Lebensqualität von Menschen mit nicht abgeheilten Ulcera signifikant niedriger war als die von Probanden mit abgeheiltem Ulcus (Ribu et al., 2008, S. 405f.).

Happich et al. (2008, S. 225) beschreiben Erkenntnisse einer nationale multizentrischen Beobachtungsstudie aus Deutschland. 10 Internisten, 24 Diabetologen und 23 Allgemeinmediziner nahmen an der Studie teil. Insgesamt konnten 185 Patienten mit Diabetes mellitus und diabetischer Neuropathie eingeschlossen werden. Menschen mit schwerer Neuropathie sind erheblich in ihren körperlichen Funktionen eingeschränkt, die Arztkontakte steigen. Die Gesamtlebensqualität verschlechterte sich mit dem Schweregrad der Neuropathie (Happich et al., 2008, S. 228). Diabetische Neuropathie, so die Autoren, reduziert signifikant die Lebensqualität von Menschen mit Typ 1 und Typ 2 Diabetes mellitus und stellt eine wirtschaftliche Belastung für die Gesellschaft und die Kostenträger dar (Happich et al., 2008, S. 229).

Dies unterstützen auch Erkenntnisse von **Boutoille et al.** (2008). Eine Amputation wird von Menschen mit DFS als sehr traumatisch wahrgenommen. Aber auch das medizinische Team erlebt diesen Eingriff als Versagen präventiver Maßnahmen und Behandlungen (Boutoille et al., 2008, S. 1074). Das Forscherteam ist der Ansicht, dass psychologische Aspekte in der Arbeit mit Betroffenen und deren Angehörigen häufig vernachlässigt werden (Boutoille et al., 2008, S. 1078).

Dekubitus

Khor et al. (2014, S. 537) realisierten eine prospektive Beobachtungsstudie in Kuala Lumpur (Malaysia). 684 Patienten, die innerhalb eines siebenmonatigen Zeitraums in ein geriatrisches Krankenhaus aufgenommen wurden, konnten analysiert werden. 106 Menschen wurden in dieser Zeit mit einem Dekubitus (mittels des European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP)) klassifiziert. 70 Probanden hatten bereits einen Dekubitus bei Aufnahme in das Krankenhaus und 30 (4,4 %) entwickelten während des Krankenhausaufenthalts ein Druckgeschwür. 82 (77,4 %) der aufgenommenen Patienten kamen aus ihrer eigenen Häuslichkeit, 22,6 % aus stationären Pflegeeinrichtungen (Khor et al., 2014, S. 538). Die mittlere Aufenthaltsdauer lag bei 16 Tagen. Die im Krankenhaus erworbenen Dekubitus brachten eine längere Hospitalisierungsdauer mit sich (Median von 22 Tagen) 68 der Betroffenen hatten einen Dekubitus, 38 wiesen mehr als ein Druckgeschwür auf. 88 (64,2 %) der Dekubitus konnten dem Stadium 2, 18 (13,1 %) dem Stadium 3, 31 (22,6 %) dem Stadium 4 zugeordnet werden. 25 (24 %) der Patienten mit Dekubitus erlitten eine Wundinfektion, 22 davon betrafen Menschen mit Dekubitus Stadium 4 (Khor et al., 2014, S. 538). Statistische Analysen zeigen, dass Pflegeheimbewohner mit infiziertem Dekubitus Stadium 4, Harninkontinenz und Hypoalbuminämie und Neutrophilie signifikant in Zusammenhang mit Mortalität stehen (Khor et al., 2014, S.539).

Die irische Studie von **Gorecki et al.** (2012) hatte sich als Aufgabe gesetzt, Faktoren zu identifizieren, die die dekubitusbezogene Lebensqualität beeinflussen. 30 Teilnehmer mit Dekubitus wurden anhand eines qualitativen Interviewleitfadens zum Auftreten des Geschwürs, dessen Symptome bis hin zum bestehenden Wundmanagement befragt. Das Durchschnittsalter der Teilnehmenden lag bei 62,2 Jahren (22 bis 94 Jahre), über die Hälfte war männlichen Geschlechts (Gorecki et al., 2012,S. 6). Einige der Interviewten gingen davon aus, dass Pflegefachkräfte, die in ambulanten Pflegediensten tätig sind, nicht genügend Know-how hätten, um ihre komplexe Wunde zu versorgen (Gorecki et al., 2012,S. 7). Inkonsistentes Wundmanagement und die Verwendung unterschiedlicher Terminologien von Gesundheitsdienstleistern führten zu Sorgen und Ängsten der Interviewten. Ärgernisse empfanden Teilnehmer hinsichtlich des Zeitaufwands, bspw. die Dauer des Verbandwechsels, aber auch bezüglich Aspekten wie: Die Pflegefachkraft möchte etwas Neues ausprobieren; Pflegefachkräfte des ambulanten Pflegedienstes gaben keine Besuchszeiten an, weshalb man den ganzen Morgen zu Hause warten müsse. Schmerzen blieben seitens der Health Professionals häufig unerkannt oder wurden ignoriert, Analgetika waren unwirksam oder nur teilweise wirksam. Wechseldruckmatratzen empfanden die Teilnehmer als unbequem, diese führten zu Schwitzen und Kleben, waren laut, vibrierten, wurden als zu hart empfunden oder schränkten die Bewegung ein. Die Forscher fanden heraus, dass die therapeutische Beziehung zwischen Betroffenen und Health Professionals die Behandlung positiv beeinflusst und zu einem emotionalen Wohlbefinden beiträgt (Gorecki et al., 2012,S. 8f.).

2 Theoretischer Rahmen

In der retrospektiven Studie von **Thein et al.** (2010) wurden aus 89 Langzeitpflegeeinrichtungen in Ontario (Kanada) Bewohner einbezogen, die ein vollständiges Minimum Data Set Assessment (MDS) hatten. Von 16.531 Bewohnern stationärer Pflegeeinrichtungen wiesen 1.498 einen Dekubitus Grad 2 oder höher auf. Bewohner mit Dekubitus brachten einen signifikant niedrigeren Body Mass Index als Menschen ohne Druckgeschwür zum Vorschein. Sie benötigten mehr Unterstützung in den täglichen Aktivitäten und wiesen häufiger schwere kognitive Beeinträchtigungen auf (Thein et al., 2010, S. 83f.). Urin- und/oder Stuhlinkontinenz und Infektionen waren bei Menschen mit Dekubitus signifikant häufiger vorhanden. Auch die Anzahl an Komorbiditäten war höher. Menschen mit Dekubitus erhielten mehr Interventionen im Bereich Ernährung oder Volumengabe aufgrund ihres Hautzustands, nebstdem einen Bewegungs- und Lagerungsplan (Thein et al., 2010, S. 84).

Essex et al. (2009) betrachteten Daten einer großen britischen Multi-zenter-Studie und fanden heraus, dass Menschen mit Druckgeschwüren häufiger Komorbiditäten und eine höhere Prävalenz für Diabetes, orthopädische und neurologische Probleme, Schlaganfälle und Krebs nachwiesen. Auch stellte sich heraus, das Menschen mit Dekubitus häufig nicht in der Lage waren, einen Fragebogen wie bspw. den SF-36, vollständig auszufüllen (Essex et al., 2009, S. 800).

In der systematischen Übersichtsarbeit von **Gorecki et al.** (2009) konnten 31 Studien identifiziert werden, die sich mit dem Einfluss von Dekubitus und ggf. Interventionen auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität auseinandersetzen. Die Studien belegen körperliche, soziale, psychische und finanzielle Beeinträchtigungen bei Vorhandensein eines Dekubitus. Schmerzvermeidung war das wichtigste Anliegen der Betroffenen, so bspw. während des Verbandwechsels oder unter Einsatz spezieller Matratzen. Das Verhalten von Gesundheitsprofessionellen, wie bspw. das Ignorieren von Schmerzäußerungen des Betroffenen, führten zu einer Reduktion der Lebensqualität. Menschen mit Dekubitus taten sich schwer, ihre Wunde zu akzeptieren. Man fand heraus, dass Menschen, die für sich eine Bewältigungsstrategie entwickelt hatten, eine bessere psychische Gesundheit erlebten (Gorecki et al., 2009, S. 1177). Physische Auswirkungen konnten in elf Studien nachgewiesen werden; diese beinhalteten körperliche Einschränkungen, eine Änderung des Lebensstils, Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens, reduzierte körperliche Aktivität (Beschränkung auf Stuhl und Bett). Dekubitus wurde als unbequem und lästig empfunden. Krankenhausaufenthalte führten zu Hospitalisierung (Gorecki et al., 2009, 1178ff.). Interventionen, die eine Linderung der Symptomatik brachten, hatten einen positiven Einfluss auf die Lebensqualität. Auch therapeutische Beziehungen spielten eine große Rolle. Fachwissen seitens des Personals schuf Hoffnung und Therapietreue. Stärkung der Selbstmanagementkompetenzen konnte durch ein positives therapeutisches Umfeld geschaffen werden. Freundlichkeit half beim Aufbau therapeutischer Beziehungen. Negative

2 Theoretischer Rahmen

Erfahrungen hingegen erschweren den Behandlungsprozess und die Heilung. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass Menschen mit Dekubitus für ihre Wunde verantwortlich gemacht wurden; sie hatten das Gefühl, ein Störfaktor Gesundheitsprofessionen zu sein, und hatten den Eindruck, vernachlässigt zu werden. Teilnehmer berichteten über therapeutische Eingriffe, die ihre Privatsphäre missachteten wie die Durchführung einer Hautinspektion bei offener Zimmertür, sodass andere Patienten dabei zusehen konnten. Diese Situationen führten zu Demütigung und dem Gefühl des Ausgeliefertseins (Gorecki et al., 2009, S. 1181).

Die Basis dieser Forschungsarbeit stellte eine systematische Literaturrecherche in PubMed dar. Von Interesse waren Studien, die sich mit der Lebensqualität von Menschen mit chronischen Wunden beschäftigen. Vor allem Menschen höherem Lebensalters, die über Jahre an ihrer Grunderkrankung (CVI, PAVK und/oder Diabetes mellitus) leiden, mehrere Komorbiditäten aufweisen, multimediziert sind, ein niedriges Bildungsniveau haben, allein stehend und/oder kinderlos sind, haben ein hohes Risiko für die Entstehung eines chronischen Geschwürs (Do, Edwards & Finlayson, 2015, S. 906; Kouris et al., 2014, S. 745f.; Ribu et al., 2008, S. 404). Zusammenfassend ist festzustellen, dass die Studienlage sich stärker auf Menschen mit Ulcus cruris (venosum) und Betroffene mit diabetischem Fußsyndrom fokussiert. Dennoch kommen alle Untersuchungen zu dem Resultat, dass der Vorhersagewert von Lebensqualität (oder HRQoL) in Bezug auf Heilung, Morbidität und Mortalität nicht zu unterschätzen sei (Siersma et al., 2014, S. 697; Finlayson et al., 2017, S. 877; Renner et al., 2009, S. 953). Schmerzen, Mobilitätseinschränkungen, soziale Isolation, Ängste, Depression u. a. beeinflussen die wahrgenommene Lebensqualität der Betroffenen negativ – eine niedrige Lebensqualität wiederum erschwert den Heilungsverlauf (González de la Torre et al., 2016, S. 361; Dias et al., 2014, S. 577). Pflegefachkräfte und Hausärzte sind hierbei gefordert, Menschen mit einem Risiko frühzeitig zu identifizieren und möglichst multiprofessionell zu agieren. Auch bei vorhandenen Wunden haben schnellstmögliche Abklärung, Diagnostik, Interventionen, Rezidivprophylaxemaßnahmen, Einbeziehung des familiären Netzwerks und Stärkung der Selbstmanagementkompetenzen höchste Priorität (Pedras, Carvalho & Da Graça Pereira, 2016, S. 176; Gavan et al., 2016, S: 7; McBride et al, 2016, S. 1483; Goie & Naidoo, 2016, S. 1177; Wendling & Beadle, 2015, S. 40; Kouris et al., 2015, S. 780; Hoban et al., 2015, S. 51; Brtan Romic et al., 2015, S. 313; Fejfarová et al., 2014, S. 5; Hopman et al., 2014, S. 1839; Siersma et al., 2013, S. 1386; Mazlina, Shamsul & Saini Jeffery, 2011, S. 238; Gorecki et al., 2009, S. 1182; Happich et al., 2008, S. 229).

3 Ziel und Forschungsfragen

Die vorliegende Studie erfasste durch deskriptive explorative Fragestellungen die Versorgungssituation von Menschen mit chronischen Wunden in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen aus der Sicht von Betroffenen, Pflegefachkräften, Pflegedienstleistungen und Hausärzten (Hoffmann, van den Berg & Fendrich, 2011, S. 269f.). Als theoretische Grundlage dienten die Zielsetzungen des pflegerischen Expertenstandards „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“ und die AWMF S3-Leitlinie „Lokaltherapie chronischer Wunden bei Patienten mit den Risiken periphere arterielle Verschlusskrankheit, Diabetes mellitus, chronisch venöse Insuffizienz (091-001)“. Laut DNQP (2015, S. 21) sollte demnach jeder Patient eine Versorgung erhalten, die das individuelle Krankheitsverständnis berücksichtigt, die Lebensqualität fördert, die Wundheilung unterstützt und weitestgehend Rezidivbildungen vermeidet. Unterstützung bei evidenzbasierter Entscheidungsfindung bietet die medizinische Leitlinie (DGfW, 2012, S. 25). Transparenz des Versorgungsalltags ermöglicht es der Forscherin, zu analysieren, in welchen Bereichen die Standards und Leitlinien praktikabel Anwendung finden, an welchen Stellen sich Optimierungspotenziale erkennen lassen und wo seitens der Praktiker Unterstützungsbedarfe bestehen (Hoffmann, van den Berg & Fendrich, 2011, S. 271). Schließlich sollten daraus Handlungsempfehlungen für eine zielführende multiprofessionelle Zusammenarbeit formuliert werden, damit für Menschen mit chronischen Wunden gemeinsam die bestmögliche Versorgungsqualität gestaltet werden kann.

3.1 Forschungsfragen

Folgend werden die Forschungsfragen formuliert, gegliedert nach den Befragungsgruppen.

3.1.1 Menschen mit chronischen Wunden

- Empfinden Menschen mit chronischen Wunden (Dekubitus, Ulcera crurum, Diabetisches Fußsyndrom) in ihrer eigenen Häuslichkeit eine höhere krankheitsspezifische gesundheitsbezogene Lebensqualität als Betroffene, die in stationären Pflegeeinrichtungen leben?
- Unterscheidet sich die Wichtigkeit von Behandlungszielen von Menschen mit chronischen Wunden (Dekubitus, Ulcera crurum, Diabetisches Fußsyndrom) je nach Versorgungsform (ambulante oder stationäre Pflege)?
- Haben Menschen mit chronischen Wunden (Dekubitus, Ulcera crurum, Diabetisches Fußsyndrom), die in stationären Pflegeeinrichtungen leben, einen höheren Behandlungsnutzen als Betroffene, die in ihrer eigenen Häuslichkeit leben?

3 Ziel und Forschungsfragen

- Profitieren Menschen mit chronischen Wunden (Dekubitus, Ulcera crurum, Diabetisches Fußsyndrom), die in stationären Pflegeeinrichtungen leben, stärker von der interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen ihrer zuständigen Pflegefachkraft und ihrem Hausarzt als Menschen, die in ihrer eigenen Häuslichkeit leben?

3.1.2 Pflegefachkräfte ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen

- Informieren, beraten und/oder leiten Pflegefachkräfte, die in stationären Pflegeeinrichtungen tätig sind, Menschen mit chronischen Wunden (Dekubitus, Ulcera crurum, Diabetisches Fußsyndrom) und ggf. deren Angehörige hinsichtlich ihrer wund- und therapiebedingten Einschränkungen mehr an als Pflegefachkräfte ambulanter Pflegedienste?
- Fördern Pflegefachkräfte, die in ambulanten Pflegediensten tätig sind, in stärkerem Maße die Selbstmanagementkompetenzen von Menschen mit chronischen Wunden (Dekubitus, Ulcera crurum, Diabetisches Fußsyndrom) und ggf. deren Angehöriger als Pflegefachkräfte stationärer Pflegeeinrichtungen?
- Welche Schulungs- und Fortbildungsbedarfe bestehen seitens der Pflegefachkräfte in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen in der Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden?

3.1.3 Pflegedienstleitungen ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen

- Wie hoch ist die Prävalenz von chronischen Wunden (Dekubitus, Ulcera crurum, Diabetisches Fußsyndrom) in saarländischen ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen?
- Variiert die Umsetzung des Expertenstandards „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“ (DNQP, 2009, 2015) je nach Setting (ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen)?

3.1.4 Hausärzte

- Wie hoch ist die Prävalenz von chronischen Wunden (Dekubitus, Ulcera crurum, Diabetisches Fußsyndrom) in saarländischen Hausarztpraxen?
- Inwieweit findet die AWMF S3-Leitlinie „Lokaltherapie chronischer Wunden bei Patienten mit den Risiken peripherer arterielle Verschlusskrankheit, Diabetes mellitus, chronisch venöse Insuffizienz (091-001)“ in der hausärztlichen Versorgung Anwendung?
- Informieren, beraten und/oder leiten Hausärzte Menschen mit chronischen Wunden (Dekubitus, Ulcera crurum, Diabetisches Fußsyndrom) und ggf. deren Angehörige hinsichtlich ihrer wund- und therapiebedingten Einschränkungen an?
- Fördern Hausärzte die Selbstmanagementkompetenzen von Menschen mit chronischen Wunden (Dekubitus, Ulcera crurum, Diabetisches Fußsyndrom) und ggf. deren Angehöriger?

3 Ziel und Forschungsfragen

- Welche Schulungs- und Fortbildungsbedarfe bestehen seitens der Hausärzte in der Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden?

4 Studiendesign und -methoden

Versorgungsforschung wird in dieser Studie als multiprofessioneller Ansatz definiert, der die Umsetzung wissenschaftlicher Erkenntnisse der Expertenstandards und medizinischer Leitlinien mit Schwerpunkt auf der Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden untersucht (modifiziert nach Pfaff & Schrappe, 2011, S. 2ff.). Fokussiert wurde die Erfassung der Lebensqualität von Betroffenen, deren Behandlungsziele und -nutzen sowie deren wahrgenommene pflegerische und hausärztliche Wundversorgung. Darüber hinaus wurden die jeweiligen Versorgungsstrukturen der Einrichtungen wie auch die interprofessionelle Zusammenarbeit von Pflegefachkräften, Pflegedienstleistungen und Hausärzten speziell im Bereich der Wundversorgung analysiert. In diesem Kapitel wird das Forschungsvorhaben im Detail erläutert

4.1. Theoretischer Rahmen

Das Forschungsvorhaben basiert auf zwei theoretischen Pfeilern, dem „Throughput-Modell“ und dem „Symbolischen Interaktionismus“. Das Throughput-Modell (s. Kapitel 4.1.1) verdeutlicht, Wundversorgung kann nur durch einen interprofessionellen, systemischen Denkansatz begriffen werden. Der symbolische Interaktionismus (s. Kapitel 4.1.2) ermöglicht des Weiteren, Meinungen und Erfahrungen von Individuen transparent zu machen, um so ihre soziale Wirklichkeit verstehen zu können.

4.1.1 Systemtheoretisches Modell des Versorgungssystems: das Throughput-Modell

Das systemtheoretische Modell des Versorgungssystems bildet den theoretischen Rahmen für diese Forschungsarbeit (s. Abb. 2). Aus dem Input (Menschen mit chronischen Wunden, Pflegefachkräfte und Hausärzte) und dem Output (pflegerische und ärztliche Wundversorgung) soll eine Versorgungsleistung erstellt werden, welche die Lebensqualität und den Behandlungsnutzen von Patienten (Outcome) langfristig positiv beeinflusst. Die Elemente des Throughput-Modells stehen in einem kausalen Zusammenhang zueinander. Somit kann das Outcome der Versorgungsleistungen durch unterschiedliche Einflussfaktoren auf verschiedenen Ebenen des Modells beeinflusst werden (Ernstmann, 2011, S. 673). Erkrankungen wie chronisch venöse Insuffizienz, periphere arterielle Verschlusskrankheit oder Diabetes mellitus können chronische Wunden als Folgekomplikationen mit sich bringen. Betroffene werden zu Patienten in unserem Gesundheitssystem, die in ihrem Alltag auf pflegerische und ärztliche Hilfe (fachübergreifende Versorgungsleistung) angewiesen sind. Hinzu kommen komplexe Interventionen auf der Organisations- und Systemebene. Dies betrifft u. a. Strukturveränderungen durch Aktualisierungen der Standards und Leitlinien wie auch aktive Kontextfaktoren wie bspw. das Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG) oder die Reform der Pflegeausbildung. In der Konsequenz ergeben sich Modulationen der Input-, Interventions- und Kontextfaktoren. Im Bereich des

4 Studiendesign und -methoden

Outcomes können auf zwei Ebenen die Versorgungsziele des Patienten mit chronischen Wunden diskutiert, aber auch die Versorgungsgerechtigkeit in unserem Gesundheitssystem (Ebene der Population) (Schrappe & Pfaff, 2016, S. 689ff.). Das aktualisierte Throughput-Modell sieht zwei Rückkoppelungsschleifen vor. Die Autoren gehen davon aus, dass jeweils von der Output- und Outcome-Säule aus Beeinflussungen stattfinden können (Schrappe & Pfaff, 2016, S. 690ff.) (s. Abb. 2).

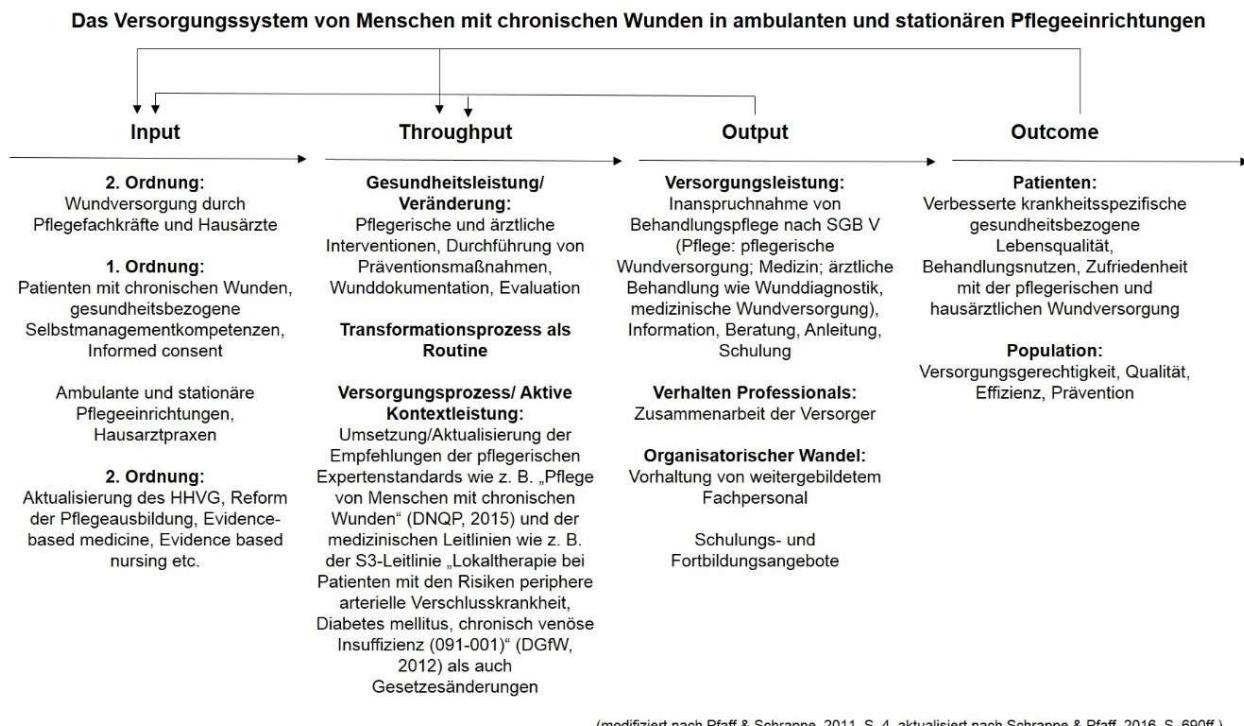


Abbildung 2: Das systemtheoretische Versorgungssystem als theoretische Grundlage von ChroWuSaar

4.1.2 Der symbolische Interaktionismus

Als weiterer theoretischer Bezugspunkt eignete sich der symbolische Interaktionismus. Hierbei stehen die Teilnehmenden als aktiv handelnde Wesen in einem ständigen Interaktionsprozess mit anderen Akteuren und konstruieren sich daraufhin ihre eigene soziale Wirklichkeit („interpretatives Paradigma“) (Lamnek, 2010, S. 32).

Nach Blumer (1973, S. 81) basiert der symbolische Interaktionismus auf drei Prämissen:

1. Menschen handeln „Dingen“ gegenüber auf Basis der Bedeutung, die diese „Dinge“ für sie haben.
2. Die Bedeutung dieser „Dinge“, leitet sich aus der sozialen Interaktion, in der man mit den Mitmenschen steht, ab oder entsteht aus dieser.
3. Die Auseinandersetzung mit den „Dingen“ wird in Form eines interpretativen Prozesses gesichert oder verändert.

Die Lebenswelt jedes einzelnen Menschen wird letztlich durch die Auseinandersetzung mit sich selbst wie auch durch die Interaktion mit anderen „Dingen“ wie bspw. Menschen,

4 Studiendesign und -methoden

Institutionen oder gesellschaftlichen Wertevorstellungen beeinflusst. Somit wird die Gesellschaft als soziales Leben durch soziale Interaktionen veränder- und gestaltbar (Blumer, 1973, S. 81ff.; Treibel, 2010, S. 137). Mit Blick auf das theoretische Fundament dieser Arbeit wird deutlich, dass die jeweiligen Akteure in der Wundversorgung sich nicht nur gegenseitig beeinflussen. Sie stehen in Interaktion mit den Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems, den organisationalen Gegebenheiten ihrer Einrichtungen und deren kooperierenden Partnern. Alle Fragebogen der vier Erhebungen wurden standardisiert mit auch offenen Fragen erstellt, sodass für Teilnehmende die Möglichkeit bestand, ihre Ansichten, Erlebnisse und Meinungen in Antwortfeldern zu erörtern. Auf diese Weise konnten spezielle Wünsche an Versorger bzw. Wünsche an die zukünftige Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen, erlebte Versorgungsbrüche von Menschen mit chronischen Wunden im Versorgungssystem und eigene Herzensangelegenheiten transparent gemacht werden.

4.2 Studiendesign

Die Erhebung, die der Versorgungsforschung zugeordnet werden kann, wurde als saarlandweite Querschnittsstudie angelegt. Die Erfassung primärer Studiendaten basierte auf einem deskriptiven, quantitativen Forschungsdesign, wodurch neue Erkenntnisse in der Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden gewonnen werden sollten. Der Ablauf der Studie wird in Abbildung 3 grafisch dargestellt. Da es sich um eine rein deskriptive Statistik handelte, wurde auf eine formale Fallzahl/Power-Berechnung verzichtet. Genaue Daten zu Prävalenzen von Betroffenen mit chronischen Wunden waren zum Zeitpunkt der Studie nicht bekannt. Auch fehlten Informationen zur Anzahl von Pflegefachkräften und Hausärzten, die tatsächlich an der Wundversorgung beteiligt sind. Aus diesem Grund wurde eine Vollerhebung von Menschen mit chronischen Wunden, die von ambulanten Diensten versorgt wurden oder in einer stationären Einrichtung lebten, Pflegefachkräften, die in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen tätig waren, und Hausärzten angestrebt. Um die Versorgungsstrukturen abbilden zu können, empfahl sich eine Stichtagsserhebung der Pflegedienstleistungen ambulanter und stationärer pflegerischer Institutionen. Von Bedeutung war die Ermittlung des subjektiven und objektiven Bedarfs von Menschen mit chronischen Wunden, der zuständigen Pflegefachkräfte und betreuenden Hausärzte (Bedarforschung). Darüber hinaus wurde der Einfluss von Versorgungsstrukturen auf Prozesse der Wundversorgung mit Blick zum einen auf das Inanspruchnahmeverhalten, die krankheitsspezifische Lebensqualität, die Behandlungsziele und ggf. den Benefit von Betroffenen mit chronischen Wunden analysiert, zum andern hinsichtlich der interprofessionellen Zusammenarbeit der Professionellen (Versorgungsepidemiologie).

4 Studiendesign und -methoden

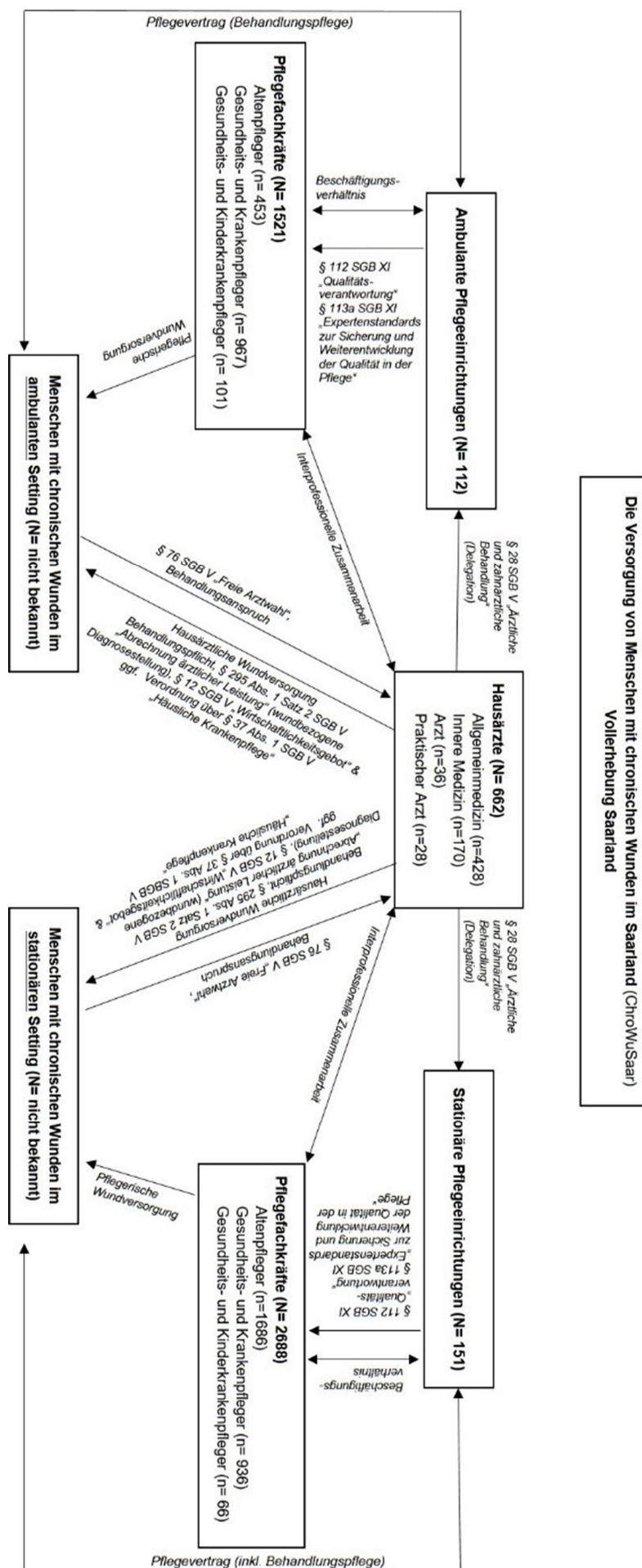


Abbildung 3: Studiendesign ChroWuSaar

4.3 Studienpopulation und Feldzugang

Ausgangspunkt für die Studienpopulation waren die Pflegestatistik des Saarlandes (Statistisches Amt Saarland, 2015), die Listen der saarländischen stationären Altenhilfeeinrichtungen und der ambulanten Pflegedienste der Saarländischen Pflegegesellschaft (SPG, 2015a,b) sowie das Arztsuche-Portal der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland (KVS, 2015). Daten zu Menschen mit chronischen Wunden im Saarland lagen nicht vor. Die Felderschließung begann im Februar 2016 und erstreckte sich über den gesamten Datenerhebungszeitraum bis Ende Mai 2016. Von Interesse waren alle betroffenen Menschen mit chronischen Wunden, die in ambulanten und stationären Institutionen versorgt wurden. Zudem Pflegefachkräfte und Pflegedienstleitungen, die in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen tätig waren, sowie die Gesamtheit der praktizierenden Hausärzte im Saarland. Der Teilnehmerkreis der Pflegedienstleitung findet folgend als Erstes Erwähnung, da über das Management der Zugang zu Betroffenen und Pflegefachkräften geöffnet wurde. Die Brutto- und Nettorücklaufquoten werden im Ergebnisteil transparent gemacht (s. Kap. 5).

4.3.1 Pflegedienstleitungen ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen

Alle Träger saarländischer ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen wurden im Vorfeld in einem formalen Schreiben über die Studie informiert und gebeten, die Studienteilnahme ihrer Institutionen zu unterstützen (Januar 2016). Die Träger stellten den Einrichtungsleitungen frei, sich zu beteiligen. Anschließend (Februar 2016) wurden alle Führungskräfte saarländischer ambulanter ($n= 120$) und stationärer ($n= 147$) Pflegeeinrichtungen telefonisch kontaktiert, über die Studie informiert und für ein Informationsgespräch vor Ort angefragt (Zeitraum Anfang Februar bis Ende April 2016). Dieses Informationsgespräch diente als Grundlage für eine informierte Entscheidungsfindung. 95 (79,17 %) ambulante und 73 (49,66 %) stationäre Leitungskräfte lehnten während des Telefonats die Teilnahme an der Studie ab. Ein geringer Anteil der Leitungskräfte wünschte sich im Vorfeld ein papiergestütztes formales Anschreiben oder eine E-Mail, in der Kurzinformationen enthalten sein sollten. Die Pflegedienstleitungen sprachen sich entweder nach dem Informationsgespräch oder nach Tagen des Treffens und eines telefonischen Rückrufs für (20 (16,67 %) ambulante und 74 (50,34 %) stationäre Einrichtungen) oder gegen (5 (4,17 %) ambulante und 0 (0 %) stationäre Einrichtungen) eine Teilnahme aus. Die Gründe für eine Nicht-Teilnahme sind in Tabelle 6 aufgelistet.

4 Studiendesign und -methoden

Tabelle 6: Gründe für eine Nicht-Teilnahme an ChroWuSaar

Gründe für eine Nicht-Teilnahme an der Studie	
Ambulante Pflegeeinrichtungen (n= 95; 79,17 %)	Stationäre Pflegeeinrichtungen (n= 73; 49,6 %)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Keine personellen Ressourcen (n= 8) ▪ Hoher Krankenstand (n= 2) ▪ Keine Zeit (n= 3) ▪ Keine Kunden mit chronischen Wunden (n= 1) ▪ Teilnahme an weiteren Projekten (z. B. SIS) (n= 2) ▪ Keine SGB V Zulassung (n= 2) ▪ Kein Interesse (n= 1) ▪ Kein Gewinn/Profit an Studie (n= 1) ▪ Anstehende Rente (n= 1) ▪ Keine Angabe (n= 74) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Keine personellen Ressourcen (n= 6) ▪ MDK-Prüfung (n= 2) ▪ Hoher Krankenstand (n= 1) ▪ Keine Zeit (n= 1) ▪ Keine Bewohner mit chronischen Wunden (n= 1) ▪ Anderweitige Projekte (n= 5) ▪ Einrichtung für Mehrfachbehinderte (n= 2) ▪ Kein Interesse (n= 6) ▪ Kein Gewinn/Profit an Studie (n= 1) ▪ Schließung der Einrichtung (n= 1) ▪ Eröffnung der Einrichtung (n= 1) ▪ Kein Bedarf (n= 4) ▪ Keine Angabe (n= 42)

Für die geplante Stichtagserhebung am 29. April 2016 waren folgende Einschlusskriterien vordefiniert (s. Tab. 7):

Tabelle 7: Ein- und Ausschlusskriterien Pflegedienstleitungen ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pflegedienstleitung einer ambulanten Pflegeeinrichtungen im Saarland oder deren Vertreter ▪ Pflegedienstleitung einer stationären Pflegeeinrichtungen im Saarland oder deren Vertreter 	

4.3.2 Menschen mit chronischen Wunden

Daten zu Prävalenzen von Menschen mit chronischen Wunden lagen der Studienplanung nicht zugrunde und sind bis dato nicht transparent. Um dennoch die subjektive Versorgungsqualität und -realität (Patientenperspektive) beschreiben zu können, wurde der Feldzugang direkt über die 94 teilnehmenden Leitungskräfte bzw. Multiplikatoren ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen gewählt. Folgende Ein- und Ausschlusskriterien wurden in der Studienplanung definiert (s. Tab. 8):

Tabelle 8: Ein- und Ausschlusskriterien von Menschen mit chronischen Wunden

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ≥ 65. Lebensjahr ▪ Einwilligungsfähigkeit ▪ Chronische Wunde (<i>Dekubitus, Ulcus cruris venosum/ arteriosum/ mixtum/ unklarer Genese, Diabetisches Fußsyndrom</i>) ▪ Inanspruchnahme von § 37 SGB V, Versorgung durch ambulante Pflegedienste oder in einer stationären Pflegeeinrichtungen im Saarland lebend 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ < 65. Lebensjahr ▪ Nicht-einwilligungsfähige Patienten/Bewohner ▪ Fehlende schriftliche Einwilligungserklärung ▪ Keine Deutschkenntnisse

4 Studiendesign und -methoden

4.3.3 Pflegefachkräfte ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen

Auch für diesen Teilnehmerkreis wurde der Feldzugang unmittelbar über die teilnehmenden Einrichtungsleitungen der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen vorgenommen. Die vordefinierten Einschlusskriterien sind aus Tabelle 9 zu entnehmen.

Tabelle 9: Ein- und Ausschlusskriterien Pflegefachkräfte ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
<ul style="list-style-type: none">▪ Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger▪ Gesundheits- und Krankenpfleger▪ Altenpfleger▪ Mindestens zwei Jahre Berufserfahrung▪ Berufstätigkeit in ambulanter oder stationärer Pflegeeinrichtungen im Saarland	

4.3.4 Hausärzte

Der Zugang zu saarländischen Hausärzten wurde über die Kassenärztliche Vereinigung als Körperschaft des Öffentlichen Rechts gesucht. Das Einschlusskriterium hierfür ist aus Tabelle 10 ersichtlich.

Tabelle 10: Ein- und Ausschlusskriterien Hausärzte

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Vertragsärztliche Tätigkeit im Saarland	

4.4 Ethische Prinzipien

Um die Unbedenklichkeit des Forschungsvorhabens prüfen zu lassen, wurde am 15. Dezember 2015 ein Ethikantrag bei der Ethik-Kommission der Ärztekammer des Saarlandes eingereicht. Die Ethikkommission tagte am 14. Januar 2016. In dieser Sitzung fand der Antrag seitens der Doktorandin mündliche Erläuterung. Das positive Votum wurde in einem Schreiben vom 19. Januar 2016 ausgesprochen (s. Anhang II.I). Die Kommission verwies auf das bestehende Wundnetz Saar e.V., dessen Zielsetzungen und mögliche Kooperationen. Des Weiteren sollte eine Vollerhebung von Patienten mit chronischen Wunden in der saarländischen Bevölkerung angestrebt werden, um Verzerrungen möglichst zu vermeiden.

Alle ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen wurden in einer Schlüsselliste mit Identifikationsnummer codiert (Pseudonymisierung nach § 3 Abs. 6a BDSG). Dadurch sollte ein Rückschluss auf einzelne teilnehmende Pflegefachkräfte verhindert werden. Die Daten von Menschen mit chronischen Wunden wurden ausschließlich nach vollständig ausgefüllter Einwilligungserklärung mit einbezogen (s. Anhang II.II.III). Auch diese Teilnehmergruppe wurde verschlüsselt. Die Einwilligungserklärungen der Betroffenen wurden verschlossen aufbewahrt und dienten ausschließlich zu Studienzwecken. Um eine Anonymisierung nach § 3 Abs. 6 BDSG zu gewährleisten, wurde die Codeliste nach der letzten Dateneingabe in das SPSS-Datenblatt vernichtet. Um die Rücklaufquote der Gruppe der Hausärzte zu erhöhen, wurde die Online-Erhebung vollständig anonym durchgeführt.

4 Studiendesign und -methoden

Die Doktorandin sowie ihre Betreuer unterlagen der Schweigepflicht. Auch der Ethik-Kodex der Deutschen Gesellschaft für Soziologie (DGS) wurde in der Studie beachtet, um die Persönlichkeits- und Selbstbestimmungsrechte der Befragten zu wahren (DGS, 2013). Der Austausch über Einzelfälle fand Raum in Forschungswerkstätten mit dem Doktorvater und der Zweitbetreuerin.

4.5 Fragebogenkonstruktionen und Pretests

Für jeden Teilnehmerkreis wurde ein teilstandardisierter Fragebogen entwickelt. Dieser bestand, wie Döring & Bortz (2016, S. 406) empfehlen, aus einem Fragebogentitel, einer Fragebogeninstruktion, inhaltlichen Fragenblöcken, statistischen Angaben, einer Möglichkeit zu Feedback/Herzensangelegenheiten und Dankesworten. Hierbei wurde auf standardisierte Erhebungsinstrumente zurückgegriffen, Audit-Instrumente des DNQP wurden modifiziert und Fragen selbst konstruiert. Geschlossene, quasi-geschlossene und offene Items waren in allen Erhebungsbögen vorzufinden.

Jeder Fragebogen durchlief einen Pretest, der von freiwilligen Testern auf unterschiedliche Kriterien hin geprüft wurde:

- Doppeln sich Fragen?
- Sind Fragen leicht verständlich?
- Können Fragen sinnvoll beantwortet werden?
- Sind die Hinweisfelder verständlich?
- Gibt es Fachwörter, umgangssprachliche Ausdrücke, die den Leser überfordern?
- Sind die Skalierungen differenziert genug?
- Ist ein roter Faden erkennbar?
- Sind die Einführungstexte gut lesbar?
- Wird der Spannungsbogen beim Ausfüllen gehalten?

(Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend, 2000, S. 57)

4.5.1 Menschen mit chronischen Wunden

Um die primären Daten über Menschen mit chronischen Wunden in ambulanten und stationären Settings zu erheben, wurde ein Fragebogen entwickelt. Zum Einsatz kamen vollständig standardisierte Instrumente, teilweise auch modifizierte standardisierte Qualitätsmanagementinstrumente in Form von geschlossenen, quasi-geschlossenen und offenen Items (Döring & Bortz, 2016, S. 408).

Der **Fragebogen** bestand aus zwei Teilen. Teil A war vom Betroffenen selbst auszufüllen, Teil B von der zuständigen Pflegefachkraft (s. Anhang II.II.IV).

Teil A, vom Betroffenen auszufüllen:

- Wound-QoL, Fragebogen zur Lebensqualität bei chronischen Wunden

4 Studiendesign und -methoden

Mit 17 Items mit 5-stufiger Lickertskala wurde die krankheitsspezifische gesundheitsbezogene Lebensqualität gemessen. Die Fragen bezogen sich auf die Beeinträchtigungen der letzten sieben Tage. In einer Querschnittsstudie erwies sich der Wound-QoL als praktikabel, valide und reliabel (Cronbach's alpha = 0.92) (Augustin et al., 2014, S. 5).

- PBI-W, Patient-Benefit-Index (2 Fragebogen)

Der „Patient Needs Questionnaire (PNQ)“ bestand aus 22 Items mit 5-stufiger Lickertskala und erfragte die Wichtigkeit von Behandlungszielen; der „Patient Benefit Questionnaire (PBQ)“ erfasste mit 22 Items (mit 5-stufiger Lickertskala) den Behandlungsnutzen. In einer Validierungsstudie wurde eine sehr hohe interne Konsistenz nachgewiesen (Cronbach's alpha = 0.88) (Augustin et al., 2012, S. 9f.).

- Modifikation des Fragebogens 1 (E3.3 bis E4.6) zu patienten-/bewohnerbezogenen Daten des DNQP (2015, S. 117) untersuchte Daten zur hausärztlichen und pflegerischen Wundversorgung.
- Soziodemografische Merkmale.

Teil B, von der zuständigen Pflegefachkraft auszufüllen:

Die Erhebung zum wundspezifischen Assessment (Teil B) war zum einen sehr fachspezifisch, zum andern sollte auch die praxisnahe Umsetzung der Empfehlungen des Expertenstandards „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“ untersucht werden. Aufgrund dessen wurde der Fragebogen mit folgenden Inhalten selbst gestaltet:

- Kriterienliste für ein wundspezifisches Assessment (DNQP, 2015, S. 29),
- Wundversorgung und -dokumentation (DNQP, 2009, S. 100ff.; DNQP, 2015, S. 75ff.),
- Umsetzung von Zusatz-/Präventionsmaßnahmen.

Der Fragebogen durchlief einen Pretest. Daran nahmen ein Patient mit einem Diabetischen Fußsyndrom (Wagner/Armstrong 1A) und ein Bewohner mit einem Dekubitus Grad 2 (EPUAP) teil. Die Testpersonen meldeten eine gut verständliche Sprache und eine einfache Handhabung zurück. Wie viel Geld sie für die Wundversorgung monatlich ausgaben, war ihnen nicht bekannt. Ein Pretester, der abhängig von einem Rollstuhl war, fühlte sich durch eine Frage im Erhebungsbogen „Wound-QoL“ benachteiligt und äußerte im Anschluss eine bedrückte Stimmung. Dies betraf Item 11 „In den letzten 7 Tagen konnte ich mich wegen der Wunde schlecht fortbewegen“ und Item 12 „In den letzten 7 Tagen war das Treppensteigen wegen der Wunde mühsam“. Die durchschnittliche Dauer zum Ausfüllen des Fragebogens lag bei 35 Minuten.

4.5.2 Pflegefachkräfte ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen

Der Fragebogen für Pflegefachkräfte wurde in Anlehnung an die Qualitätsmanagementinstrumente des Expertenstandards „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“ (2015) sowie der Inhalte der DGfW-Leitlinie „Lokaltherapie chronischer

4 Studiendesign und -methoden

Wunden bei Patienten mit den Risiken periphere arterielle Verschlusskrankheit, Diabetes mellitus, chronisch venöse Insuffizienz (091-001)“ (2012) entwickelt (s. Anhang II.III.II). Im Fokus standen folgende Themenkomplexe:

- Einschätzung von wund- und therapiebedingten Einschränkungen

Von Interesse war, zu welchen Aspekten der Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden die Patienten/Bewohner und ggf. deren Angehörige informiert, angeleitet oder beraten³ werden und inwieweit sie in den gesundheitsbezogenen Selbstmanagementkompetenzen gestärkt werden. Des Weiteren wurden die Fragen des Ergebnisprotokolls 2 „Befragung von Pflegefachkräften zum Fortbildungsbedarf“ (DNQP, 2015, S. 121) mit integriert, um bspw. zu überprüfen, ob interprofessionelle Verfahrensregelungen für die Versorgung von Betroffenen vorliegen, hygienische Materialien für Verbandwechsel, Schulungsmaterialien und zielgruppenspezifische Klassifikationssysteme durch die Einrichtungen vorgehalten werden.

- Kommunikation zwischen Pflege und Hausarzt

In diesem Fragenblock wurden Klassifikationen für die ärztliche Wunddiagnose/Schweregradeinteilungen der Wunden erfragt, die auch Pflegefachkräfte in der Praxis bekannt sein sollten oder zum Teil in der Pflege Anwendung finden. Auch die Zusammenarbeit mit den Hausärzten im Bereich der Wundversorgung wurde erfasst. In offenen Antwortfeldern konnten Teilnehmende beschreiben, was sie sich für die weitere Zusammenarbeit wünschen würden und in welchen Situationen sie Versorgungsbrüche erlebt hätten.

- Schulungs- und Fortbildungsbedarf

Um den Bedarf zu erheben, wurde der Fragebogen 2 „Pflegepersonal“ des DNQP (2015, S. 120) modifiziert. Somit konnten Schulungsinhalte und die Wichtigkeit, Maßnahmen mit anderen Berufsgruppen gemeinsam zu besuchen, dezidiert analysiert werden.

- Soziodemografische Merkmale

Diese umfassten u. a. fachspezifische Qualifikationen oder die Mitgliedschaft in Fachgesellschaften. Auch die Anzahl der durchgeführten Verbandwechsel wöchentlich war von Interesse. In einem letzten Antwortfeld hatten Pflegefachkräfte die Möglichkeit, weitere Anliegen zu konkretisieren.

Am Pretest nahmen ein Altenpfleger, ein Krankenpfleger und ein Auszubildender der generalistischen Pflege teil. Die Begrifflichkeiten waren bekannt, und es wurde rückgemeldet, dass die Struktur klar und nachvollziehbar sei. Teilweise wunderten sich die Teilnehmer, dass

³ Informieren: Vermittlung von Faktenwissen mit dem Ziel, Transparenz zu schaffen, um Sicherheit im Handeln zu erreichen und Möglichkeiten zur Mitentscheidung zu schaffen.

Anleiten: Wissensvermittlung mit dem Ziel, dieses Wissen im Folgenden anwenden zu können.

Beraten: Unterstützung bei der Suche nach Lösungsmöglichkeiten und/oder Entscheidungshilfe bei der Bewältigung neuer bzw. schwieriger Lebenssituationen. Aktivierung der Eigenverantwortlichkeit und Kompetenz des Betroffenen.

4 Studiendesign und -methoden

sie, obwohl sie in ihrem Arbeitsfeld mit den Klassifikationssystemen arbeiteten, die Bezeichnung des jeweiligen Instruments nicht kannten. Diskutiert wurde, ob die Klassifikationssysteme zur jeweiligen Frage als JPEG-Datei in den Fragebogen eingefügt werden sollten. Letztlich wurde die Idee verworfen, da man der Ansicht war, die Angaben der Teilnehmenden so möglicherweise zu verfälschen. In der Regel benötigten die Fachkräfte 23 Minuten zum Ausfüllen des elektronischen Fragebogens.

4.5.3 Pflegedienstleitungen ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen

Die Stichtagserhebung diente u. a. dazu, Prävalenzdaten von Patienten/Bewohnern mit chronischen Wunden in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen und deren organisationale Strukturen zu erfassen (s. Anhang II.IV.II). Der Fragebogen wurde gegliedert in:

- **Versorgungstruktur**
Dieser Fragenkomplex umfasste die Patienten/Bewohner- und Mitarbeiterstruktur. Außerdem wurde erfragt, ob Ansprechpartner zur Verfügung stehen, die in Entscheidungssituationen beratend zur Seite stehen, und wer die Entscheidung über den Einsatz von Materialien in der Wundversorgung trifft.
- **Kommunikation zwischen Pflege und Hausarzt**
Dies betraf vor allem die Bewertung der Zusammenarbeit mit Hausärzten in der Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden, das Vorhandensein von vorausschauenden Wundtherapieplanungen sowie das Kommunikationsmedium. Auch in dieser Teilnehmergruppe konnten in offenen Antwortfeldern Wünsche und erlebte Versorgungsbrüche im Gesundheitssystem beschrieben werden.
- **Einschätzung von wund- und therapiebedingten Einschränkungen**
Um die Antworten der Pflegefachkräfte mit denen der Pflegedienstleitungen in Verbindung zu bringen, wurden auch die Fragen des Ergebnisprotokolls 2 „Befragung von Pflegefachkräfte zum Fortbildungsbedarf“ (DNQP, 2015, S. 121) mit integriert.
- **Schulungs- und Fortbildungsbedarfe**
Der Fragebogen 2 „Pflegepersonal“ des DNQP (2015, S. 120) wurde übernommen. Befragte hatten die Möglichkeit, anzugeben, wie wichtig ihnen interprofessionelle Fortbildungsveranstaltungen sind und ob sie diese unterstützen würden. Von Interesse war auch, durch wen die bisher angebotenen Maßnahmen durchgeführt wurden.
- **Soziodemografische Merkmale**
Eingeschlossen wurden Fragen zu Trägerschaft, Position, Berufsjahren, Geschlecht und Landkreis. Das offene Antwortfeld „Herzensangelegenheiten“ ermöglichte es, eigene Schwerpunkte zu erläutern.

Der Fragebogen wurde von einer Leitungskraft der stationären Pflege getestet. Es war wichtig, die Kollegen im Vorfeld über die Inhalte des Fragebogens zu informieren, um an der

4 Studiendesign und -methoden

Stichtagserhebung die Daten der Patienten/Bewohner- und Mitarbeiterstruktur schneller zur Verfügung zu haben. Die Erhebung konnte innerhalb von 25 Minuten abgeschlossen werden.

4.5.4 Hausärzte

Der Fragebogen für Hausärzte wurde – ebenso wie der für die Pflegefachkräfte und Pflegedienstleitungen – standard- und leitlinienadaptiert konstruiert (s. Anhang II.IV.III). Folgende Inhaltsschwerpunkte wurden erfasst:

- Einschätzung von wund- und therapiebedingten Einschränkungen

Von Interesse war, zu welchen Aspekten der Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden Patienten und ggf. deren Angehörige informiert, angeleitet oder beraten werden und inwieweit sie in den gesundheitsbezogenen Selbstmanagementkompetenzen gestärkt werden. Des Weiteren kam auch hier der Fragenkatalog des Ergebnisprotokolls 2 „Befragung von Pflegefachkräften zum Fortbildungsbedarf“ (DNQP, 2015, S. 121) modifiziert zum Einsatz. Der Bekanntheitsgrad von intra- und interprofessionellen Verfahrensregelungen in ambulanten und stationären Settings wurde erfragt sowie die Verfügbarkeit von hygienischen Verbandmaterialien, Schulungsmaterialien und zielgruppenspezifischen Klassifikationssystemen in der Arztpraxis überprüft.

- Kommunikation zwischen Hausarzt und Pflege

Dieser Fragenkomplex beinhaltete die Anwendung ärztlicher Klassifikationssysteme zur Diagnosestellung. Die Zusammenarbeit mit Pflegefachkräften aus den jeweiligen Settings konnte bewertet und in offenen Antwortfeldern Wünsche für die zukünftige Zusammenarbeit dargestellt werden.

- Schulungs- und Fortbildungsbedarf

Der Fragebogen 2 „Pflegepersonal“ des DNQP (2015, S. 120) fand auch in dieser Teilnehmergruppe Anwendung. Befragte hatten die Möglichkeit, anzugeben, wie wichtig ihnen interprofessionelle Fortbildungsveranstaltungen sind und ob sie diese unterstützen würden.

- Versorgungsstrukturen

Hierbei wurden die Daten über Patienten mit chronischen Wunden erfasst. Von Bedeutung war hier auch, wer in schwierigen Entscheidungssituationen als Ansprechpartner beratend zur Seite steht und wer Entscheidungen über Wundmaterialien trifft.

- Soziodemografische Merkmale

Diese betrafen fachspezifische Qualifikationen, die Mitgliedschaft in Wundnetzen/Fachgesellschaften, Berufserfahrung, Praxisform u. a.

Der Pretest wurde von drei Hausärzten und einem Gefäßchirurgen durchgeführt. Insgesamt wurde der Fragebogen als sehr umfangreich empfunden, durch die gute Gliederung und

4 Studiendesign und -methoden

Verständlichkeit stelle dies nach Ansicht dreier Befragter jedoch keinesfalls eine Barriere dar. Ein Pretester war der Ansicht, der Fragebogen verfolge keinen roten Faden, sei nicht geordnet, erwecke den Anschein von Redundanzen und die Antwortmöglichkeiten hätten ihm ein Gefühl des Eingeengtseins vermittelt. Begrifflichkeiten wie „informieren“, „anleiten“ und „beraten“ waren den Ärzten in dieser Form unbekannt. Nach ihrer Ansicht würden alle drei Aspekte in einem Patientengespräch stets transferiert werden. Einer Testperson hat sich die Begrifflichkeit „Prozessbruch“ in der Frage „*Haben Sie in Ihrer ärztlichen Tätigkeit miterlebt, dass es in der Patienten-Versorgung zu Prozessbrüchen und/oder Versorgungslücken im Gesundheitswesen bei Menschen mit chronischen Wunden kam?*“ nicht erschlossen. Aufgrund dessen wurde ein Hinweisfeld eingefügt. Auch wurde eine Statusanzeige in Prozent gewünscht, um die bisher absolvierten Fragen zu sehen und den Umfang abschätzen zu können. Ein Pretester bezeichnete die erfragten Klassifikationssysteme als überaltet und praxisunüblich. Diese wurden trotzdem im Fragebogen beibehalten. Nicht nur medizinische Leitlinien und pflegerische Expertenstandards, sondern auch das Wundzentrum Hamburg empfahl in der „Übersicht über Klassifikationen von Wunden und deren Grunderkrankungen“ neben einem wundspezifischen Assessment diese Systeme (Wundnetz Hamburg, 2013).

4.6 Datenerhebung

In den folgenden Unterkapitel werden die jeweilige Fragebogenmethoden beschrieben. Die Erhebung diente dazu, zielgerichtet, systematisch und regelgeleitet verbale und numerische Selbstauskünfte über den Versorgungsalltag von Menschen mit chronischen Wunden aus unterschiedlichen Perspektiven zu generieren und zu erfassen (Döring & Bortz, 2016, S. 398). Freiwilligkeit und die Möglichkeit zu einer informierten Entscheidung hatten dabei höchste Priorität.

4.6.1 Menschen mit chronischen Wunden

Patienten/Bewohner wurden ausschließlich aus den 94 teilnehmenden Einrichtungen rekrutiert. In den Informationsgesprächen wurde den Pflegedienstleitungen und ggf. deren Vertretern ein „Anleitungsmanual“ (s. Anhang II.II.I) ausgehändigt und sukzessiv erklärt. Bei zugesagter Teilnahmebereitschaft wurden – entsprechend der Angaben über die jeweilige Anzahl der potenziellen Studienteilnehmer – Studieninformationsbroschüren, Einwilligungserklärungen und Fragebogen für Patienten/Bewohner mit chronischen Wunden entweder direkt vor Ort hinterlassen oder im weiteren Studienverlauf postalisch zugesandt. Die teilnehmenden Institutionen, meist in persona der zuständigen Pflegefachkraft oder des Wundmanagers, informierten Betroffene über die Studie sowie über ihre Möglichkeit zur freiwilligen Teilnahme und händigten jeweils eine Studieninformationsbroschüre aus. Nach ihrer Einwilligung erhielten die Betroffenen den Fragebogen und wurden gebeten, diesen nach Beantwortung (inklusive Briefkuvert und portofrei) zurückzusenden. Der Erhebungszeitraum wurde von der 6. Kalenderwoche (KW) bis zur 17. KW 2016 geplant. Aufgrund

4 Studiendesign und -methoden

organisatorischer und teilweise struktureller Gegebenheiten wurde der Erhebungszeitraum der Paper-Pencil-Befragung bis zum 31. Mai 2016 (22. KW) verlängert.

4.6.2 Pflegefachkräfte ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen

Pflegefachkräfte aus den teilnehmenden ambulanten (n= 20) und stationären (n= 74) Pflegeeinrichtungen erhielten über ihre Pflegedienstleitungen eine einseitige Studieninformation sowie eine Einladung zur Teilnahme inklusive Hyperlink zur Studienplattform Lime Survey⁴ (s. Anhang II.III.I). Über diese hatten sie Zugang zu einem elektronischen Fragebogen. Während der telefonischen Kontaktaktion mit den Einrichtungsleitungen stellte sich jedoch heraus, dass nicht alle pflegerischen Mitarbeiter Zugang zum Internet, zu einem Smartphone oder Tablet haben oder über einen PC-Arbeitsplatz verfügen. Da die Fragebogen im Arbeitskontext ausgefüllt werden sollten, wurde die Erhebung ergänzend in Form einer Paper-Pencil-Befragung angeboten. Zum papiergestützten Fragebogen erhielten die Teilnehmenden jeweils einen Rückumschlag mit „Porto zahlt Empfänger“, sodass die Anonymität der Person gewahrt werden konnte. Die Einrichtung wurde mit einer Identifikationsnummer pseudonymisiert. Aufgrund von strukturellen Gegebenheiten der Institutionen wurde auch hierbei der Erhebungszeitraum von Februar bis April 2016 um den Monat Mai verlängert (6. bis 22. KW).

4.6.3 Pflegedienstleitungen ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen

In (und teilweise nach) den Informationsgesprächen in den Institutionen vor Ort wurden die E-Mail-Adressen der potenziellen Teilnehmer erfragt. Die Adressen wurden nach mündlichem Einverständnis in einer Excel-Tabelle mit einem Code verknüpft. Die möglichen Studienteilnehmer bekamen eine Woche vor der Stichtagserhebung eine Erinnerungs-E-Mail (25. April 2016) mit Kurzinformationen zur Studie. Teilnehmen konnten alle Leitungskräfte oder deren Vertreter der involvierten ambulanten (n= 20) und stationären (n= 74) Einrichtungen. Am 29. April 2016 fand die pseudonymisierte Stichtagserhebung über Lime-Survey statt. Die Einladung mit Hyperlink zum Fragebogen inkl. Zugangsschlüssel (s. Anhang II.IV.I) wurde von 00.00 bis 24.00 Uhr des Erhebungstages freigeschaltet.

4.6.4 Hausärzte

Die postalische Anschrift der Hausarztpraxen war durch das Arztsucheportal transparent. Bei der Anzahl der saarländischen Hausärzte führte eine Kosten-/Nutzenabwägung schließlich zu einer Anfrage an die Kassenärztliche Vereinigung des Saarlandes (KVS) mit der Bitte zur Unterstützung bei einer Online-Befragung. Aus Gründen des Datenschutzes wurden alle Hausärzte (n= 662) über den E-Mail-Verteiler der KVS kontaktiert (s. Anhang II.V.I), in einem Anschreiben über die Studie informiert und zur Online-Plattform Lime Survey (inkl. Hyperlink) eingeladen (s. Anhang II.V.II). Eine zweite Erinnerungs-E-Mail folgte zwei Wochen später. Die

⁴ Lime Survey ist eine Online-Umfrage-Applikation.

4 Studiendesign und -methoden

Online-Erhebung fand innerhalb der 15. bis zur 22. KW anonym statt (15. April bis 31. Mai 2016).

4.7 Datenanalyse

Für alle Datenerhebungen (Betroffene, Pflegefachkräfte, Pflegedienstleitungen, Hausärzte) wurde jeweils eine Matrix im Statistikprogramm IBM SPSS Statistics (Version 23) erstellt und die Daten pro Fall eingegeben. Für die univariate deskriptive Analyse wurden numerische Daten mithilfe der Kreuztabellenfunktion als Mittelwerte und Standardabweichungen berechnet, kategorische Daten als absolute und relative Häufigkeiten (Weins, 2010, S. 65ff.). Da keine Prävalenzdaten zur Verfügung standen, wurde nach Rücksprache mit einem Ansprechpartner aus dem biometrischen Arbeitsfeld auf eine formale Fallzahl/Power-Berechnung verzichtet. Fest definierte Auswertungsschritte betrafen in der Patientenbefragung die Auswertung des Wound-QoL und der beiden Fragebogen des PBI-W. Hierfür wurde seitens der Autoren ein Anleitungsmanual bereitgestellt, das nach Rücksprache bei nichtkommerzieller Nutzung frei verwendet werden konnte (Lizenzhalter Augustin, M., CVderm Hamburg). Die Dateneingabe wurde via Zufallsstichprobe anhand von je fünf Fällen auf Fehler geprüft. Alle Diagramme wurden in Microsoft® Excel (Version 2013) bearbeitet, Tabellen in Microsoft® Word (Version 2013). Die offenen Antwortmöglichkeiten der Fragebogen wurden mithilfe der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2010, S. 59) ausgewertet. Das allgemeine Ablaufmodell wird im Anhang dargelegt (s. Anhang I). Die Software MAXQDA (Version 12) ermöglichte es, die systematische Textanalyse inhaltlich zu strukturieren. Das Hauptkategoriensystem wurde aus den einzelnen Fragestellungen deduktiv gebildet, das Textmaterial anhand von Ankerbeispielen kodiert (s. Anhang II.II.VI; II.IV.IV; II.V.IV; II.V.V)

5 Ergebnisse

5 Ergebnisse

Alle geschlossenen Fragen wurden deskriptiv mit dem Statistikprogramm IBM SPSS Statistics Version 23 ausgewertet und mit Microsoft® Excel grafisch dargestellt. Exemplarisch werden prägnante Ergebnisse in Häufigkeiten, Mittelwerten und Standardabweichungen dargestellt. Die offenen Fragen, zu denen die Teilnehmenden ihre Antworten frei formulieren konnten, wurden in Anlehnung an die inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (Mayring, 2010, S. 98ff.) mittels der Software MAXQDA 12 ausgewertet. Die Darstellung orientiert sich an den am häufigsten genannten Haupt- und Subkategorien.

5.1 Soziodemografische Merkmale der Teilnehmenden

Im folgenden Kapitel werden die Brutto- und Nettorücklaufquoten⁵ wie auch die soziodemografischen Charakteristika der Teilnehmenden beschrieben.

5.1.1 Soziodemografische Merkmale der Betroffenen

Von 141 verteilten Fragebogen in ambulanten (n= 20) und stationären (n= 74) Pflegeeinrichtungen wurden 117 Fragebogen von Betroffenen zurückgesandt. Die gesamte Bruttorücklaufquote betrug 82,98 %. Aufgrund der zuvor definierten Ein- und Ausschlusskriterien mussten 67 Fälle ausgeschlossen werden, sodass die Nettorücklaufquote im Gesamten 35,46 % betrug. Von 15 ambulanten Pflegeeinrichtungen nahmen letztlich 11 und von 50 stationären Pflegeeinrichtungen 39 Menschen mit chronischen Wunden an der Studie teil (s. Abb. 4).

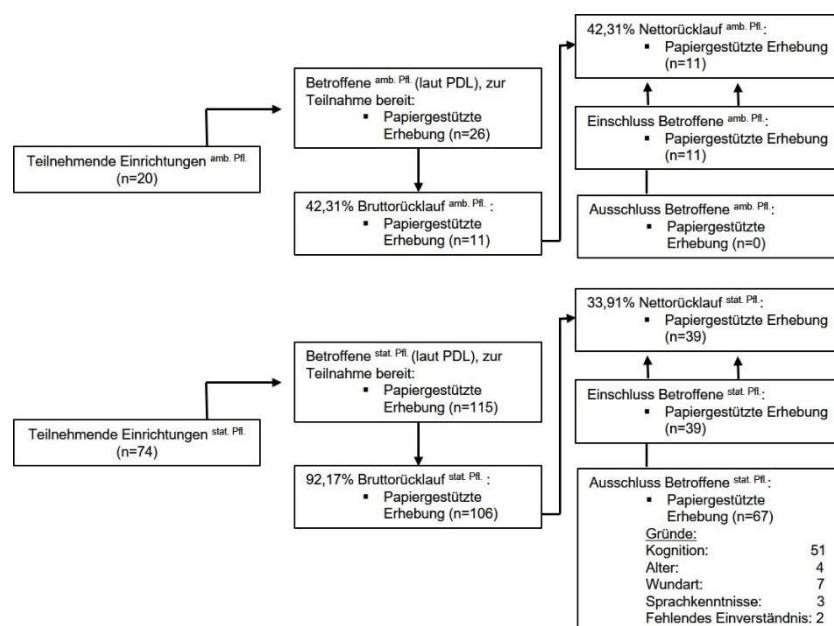


Abbildung 4: Brutto- und Nettorücklauf (Betroffene)

⁵ Formel Bruttorücklauf: Anzahl der zurückgesandten Fragebogen/versandte Fragebogen gesamt*100.

Formel Nettorücklauf: Anzahl der vollständig ausgefüllten Fragebogen/Anzahl der versandten Fragebogen gesamt*100.

5 Ergebnisse

Die Studienteilnehmer^{amb. Pfl.} kamen überwiegend aus den Landkreisen Saarlouis (36 %; 4), dem Saarpfalz-Kreis (27 %, 3), Neunkirchen sowie dem Stadtverband Saarbrücken mit je 18 % (2). Aus den Kreisen Merzig-Wadern und St. Wendel waren keine Probanden zu verzeichnen. Betroffene^{stat. Pfl.} stammten zu 31 % (12) aus dem Stadtverband Saarbrücken, gefolgt von Merzig-Wadern, Neunkirchen und St. Wendel mit jeweils 15 % (6) (s. Abb. 5).

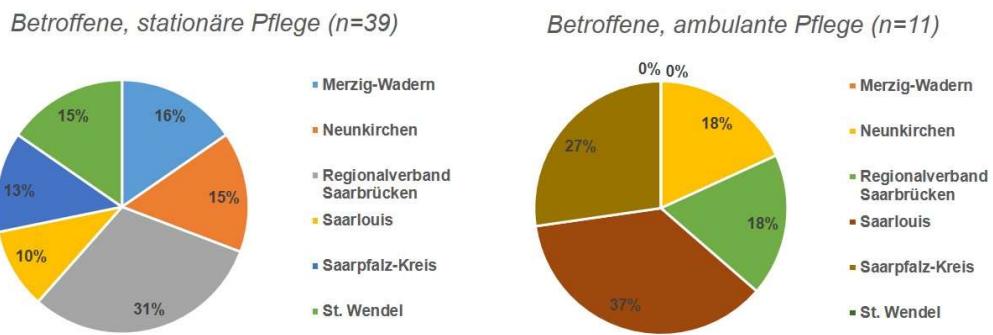


Abbildung 5: Landkreise der Einrichtungen (Betroffene)

Die Teilnehmenden^{amb. Pfl.} waren zu 45 % (5) männlich und zu 55 % (6) weiblich. Die Altersspannen zwischen dem 81. und 85. (45 %, 5) sowie dem 66. und 70. (27 %, 3) Lebensjahr waren am stärksten vertreten. 45 % (5) der Probanden waren verheiratet, 36 % (4) verwitwet. Der überwiegende Kreis der Studienteilnehmer hatte Kinder (82 %, 9). Betroffene^{stat. Pfl.} waren zu 62 % (24) weiblichen Geschlechts und zeichneten sich im Vergleich zur Gruppe^{amb. Pfl.} eher durch Hochaltrigkeit aus. Jeweils 23 % (9) lagen im Feld von 81 bis 85 und 86 bis 90 Altersjahren. 56 % (22) der Teilnehmenden waren verwitwet, 26 % (10) ledig. 41 % dieser Studienteilnehmer war kinderlos (s. Tab. 11).

Tabelle 11: Soziodemografische Merkmale (Betroffene)

		Setting, Betroffene (N=50)			
		Betroffene, ambulante Pflege		Betroffene, stationäre Pflege	
		n= 11	%	n= 39	%
Geschlecht	Männlich	5	45%	15	38%
	Weiblich	6	55%	24	62%
Geburtsjahr (Alter von ... bis)	1920–1925 (91–96)	0	0%	1	3%
	1926–1930 (86–90)	1	9%	9	23%
	1931–1935 (81–85)	5	45%	9	23%
	1936–1940 (76–80)	1	9%	11	28%
	1941–1945 (71–75)	0	0%	7	18%
	1946–1950 (66–70)	3	27%	2	5%
	1951–1955 (65–61)	1	9%	0	0%
Familienstand	Ledig	1	9%	10	26%
	Verheiratet	5	45%	5	13%
	Geschieden	1	9%	2	5%
	Verwitwet	4	36%	22	56%
Kinder	Ja	9	82%	23	59%
	Nein	2	18%	16	41%
Kranken-versicherung	GKV	11	100%	36	92%
	PKV	0	0%	3	8%

5 Ergebnisse

Betroffene^{stat. Pfl.} wiesen mehrheitlich (51 %, 20) die Pflegestufe 1 auf, gefolgt von der Pflegestufe 2 mit 36 % (14). Im Vergleich dazu hatten 45 % (5) der Studienteilnehmer^{amb. Pfl.} keine Pflegestufe (s. Abb. 6).

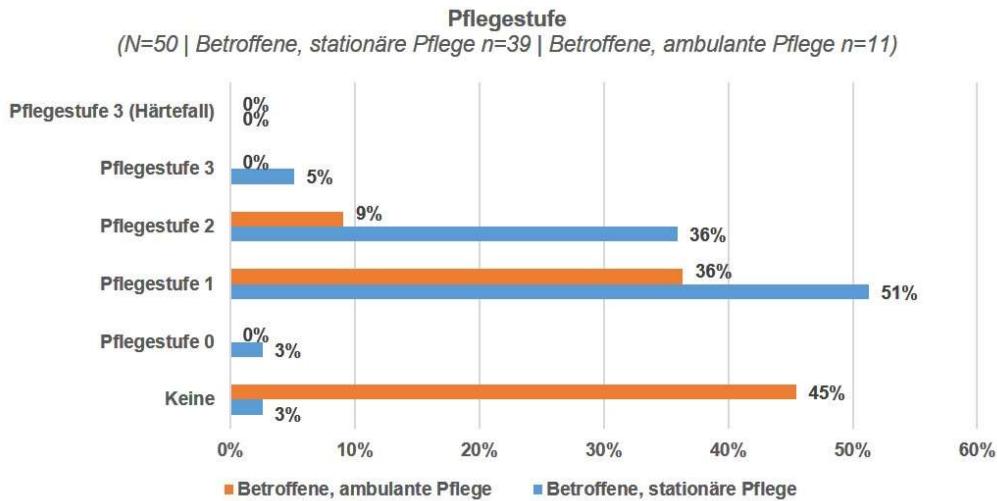


Abbildung 6: Pflegestufen (Betroffene)

5.1.2 Soziodemografische Merkmale der Pflegefachkräfte

Laut Aussagen der Einrichtungsleitungen wären 124 Pflegefachkräfte^{amb. Pfl.} und 1.250 Pflegefachkräfte^{stat. Pfl.} für eine Teilnahme in Frage gekommen. Der gesamte Bruttorecklauf lag schließlich bei 28,70 %. Zuletzt nahmen 45 PfK^{amb. Pfl.} und 308 PfK^{stat. Pfl.} an der Befragung teil, damit lag der gesamte Nettorecklauf bei 26,66 % (s. Abb. 7).

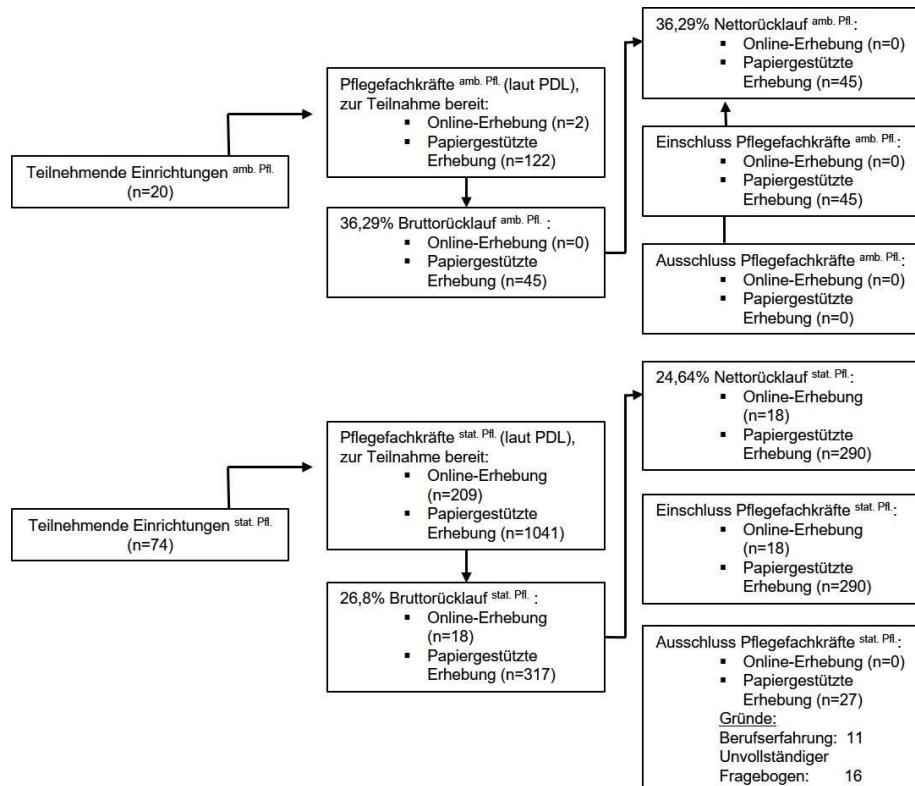


Abbildung 7: Brutto- und Nettorecklauf (PfK)

5 Ergebnisse

Von 353 befragten Pflegefachkräften waren 75,6 % (34) PfK^{amb. Pfl.} und 82,8 % (255) der PfK^{stat. Pfl.} Frauen. Aus stationären Pflegeeinrichtungen beteiligten sich zum Großteil Altenpfleger (63,6 %, 196), aus ambulanten Diensten mehrheitlich Gesundheits- und Krankenpfleger 57,8 % (26). Vor allem nahmen Vollzeitbeschäftigte an der Studie teil (60,0 %^{amb. Pfl.}, 27; 74,7 %^{stat. Pfl.}, 230) (s. Tab. 12).

Tabelle 12: Soziodemografische Merkmale (PfK)

		Setting, PfK (N= 353)			
		PfK, ambulante Pflege		PfK, stationäre Pflege	
		n= 45	%	n= 308	%
Geschlecht					
Männlich		11	24,4%	48	15,6%
Weiblich		34	75,6%	255	82,8%
K.A.		0	0%	5	1,6%
Qualifikation					
Altenpfleger		17	37,8%	196	63,6%
Gesundheits- und Krankenpfleger		26	57,8%	100	32,5%
Gesundheits- und Krankenpfleger		2	4,4%	7	2,3%
K.A.		0	0%	5	1,6%
Prozentuale Anstellung					
Geringfügige Beschäftigung		0	0,0%	2	0,6%
25% Anstellung		2	4,4%	1	0,3%
50% Anstellung		9	20,0%	24	7,8%
75% Anstellung		5	11,1%	32	10,4%
100% Anstellung		27	60,0%	230	74,7%
Sonstige		1	2,2%	14	4,5%
K.A.		1	2,2%	5	1,6%
Trägerschaft					
Privat		23	51,1%	94	30,5%
Freigemeinnützig		21	46,7%	209	67,9%
Öffentlich		1	2,2%	4	1,3%
K.A.		0	0%	1	0,3%

Teilnehmer aus dem ambulanten Setting beteiligten sich überwiegend aus den Landkreisen Saarpfalz-Kreis (35,6 %, 16), Saarlouis und Merzig-Wadern zu gleichen Teilen mit 15,6 % (7). Mitarbeiter der stationären Pflege arbeiteten zumeist in den Kreisen Stadtverband Saarbrücken (27,9 %, 86), Saarlouis (21,4 %, 66) und Merzig-Wadern (19,2 %, 59) (s. Abb. 8).



Abbildung 8: Landkreise der Einrichtungen (PfK)

5 Ergebnisse

Die teilnehmende Pflegefachkräfte^{amb. Pfl.} verzeichneten im Durchschnitt eine längere Berufserfahrung mit 18,07 Jahren ($\pm 10,25$) als Kollegen^{stat. Pfl.} (13,74, $\pm 9,46$). In der Regel führten Mitarbeiter in ambulanten Diensten doppelt so häufig Verbandwechsel wöchentlich durch wie Pflegende in stationären Einrichtungen. Das Maximum im ambulanten Setting lag bei 60 Verbandwechsel in der Woche, stationär bei 39 (s. Tab. 13).

Tabelle 13: Berufsjahre und Verbandwechsel/Woche (PfK)

	Setting, PfK (N= 353)							
	PfK, ambulante Pflege (n= 45)				PfK, stationäre Pflege (n= 308)			
	Mean	SD	Min	Max	Mean	SD	Min	Max
Berufserfahrung	18,07	10,25	3,0	37,0	13,74	9,46	2	40
Verbandwechsel wöchentlich	8,63	12,11	0	60,0	4,16	4,78	0	39

5.1.3 Soziodemografische Merkmale der Pflegedienstleitungen

Nach der telefonischen Kontaktaufnahme und einem persönlichen Gespräch zur Vorstellung der Studie vor Ort in den Institutionen erklärten sich 20 Dienste^{amb. Pfl.} und 74 Einrichtungen^{stat. Pfl.} zur Teilnahme an der Stichtagsbefragung bereit. Der gesamte Brutto- und Nettorücklauf betrug 46,81 % (s. Abb. 9).

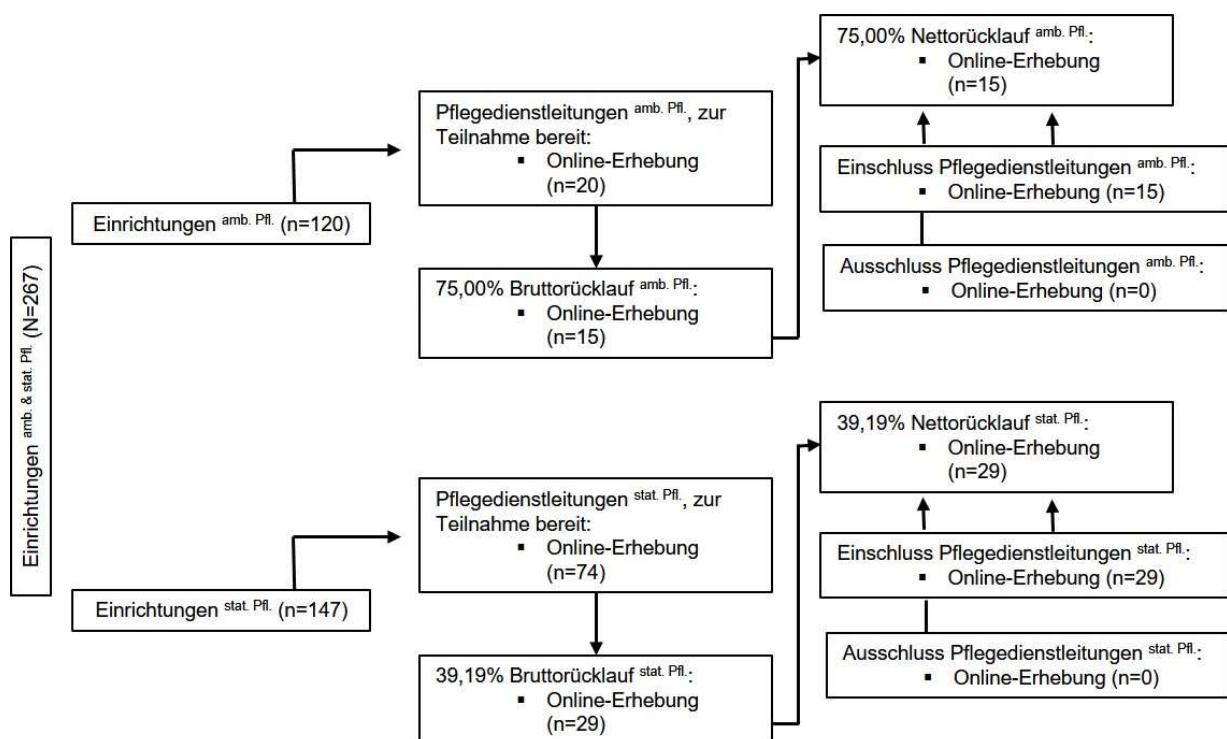


Abbildung 9: Brutto- und Nettorücklauf (PDL)

Die Studienteilnehmer der Leitungsebene waren überwiegend weiblichen Geschlechts (67 %^{amb. Pfl.}, 10; 79 %^{stat. Pfl.}, 23) und nahmen zum Großteil die Position der Pflegedienstleitung ein (67 %^{amb. Pfl.}, 10; 76 %^{stat. Pfl.}, 22). Die Einrichtungen im ambulanten Setting gehörten vorwiegend privaten Trägern an (67 %, 10), dagegen wurden 66 % (19) der stationären Pflegeeinrichtungen von freigemeinnützigen Trägerschaften getragen (s. Tab. 14).

5 Ergebnisse

Tabelle 14: Soziodemografische Merkmale (PDL)

	Setting, PDL (N= 44)			
	PDL, ambulante Pflege		PDL, stationäre Pflege	
	n= 15	%	n= 29	%
Geschlecht				
Männlich	4	27%	6	21%
Weiblich	10	67%	23	79%
K.A.	1	7%	0	0%
Qualifikation				
Pflegedienstleitung	10	67%	22	76%
Stellv. Pflegedienstleitung	4	27%	5	17%
Einrichtungsleitung	0	0%	2	7%
Stellv. Einrichtungsleitung	0	0%	3	10%
Geschäftsführung	4	27%	0	0%
Stellv. Geschäftsführung	1	7%	0	0%
Qualitätsmanager	3	20%	1	3%
Wundmanager	1	7%	0	0%
Praxisanleiter	3	20%	0	0%
MA Stabsstelle Pflegeentwicklung	0	0%	0	0%
Sonstige	0	0%	0	0%
Trägerschaft				
Privat	10	67%	7	24%
Freigemeinnützig	3	20%	19	66%
Öffentlich	0	0%	2	7%
K.A.	2	13%	1	3%

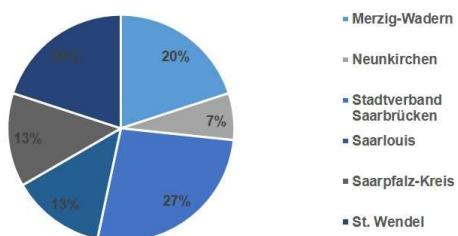
Durchschnittlich arbeiteten die Leitungskräfte^{amb. Pfl.} 12,89 Jahre ($\pm 8,21$) im Betrieb, Führungskräfte^{stat. Pfl.} 7,93 Jahre ($\pm 6,52$) (s. Tab. 15).

Tabelle 15: Berufsjahre in Einrichtung (PDL)

	Setting, PDL (N= 44)							
	PDL, ambulante Pflege (n= 15)				PDL, stationäre Pflege (n= 29)			
	Mean	SD	Min	Max	Mean	SD	Min	Max
Berufsjahre in Einrichtung (Absolute Zahl)	12,89	8,21	1	23	7,93	6,52	1	21

Vorrangig befanden sich die teilnehmenden ambulanten Institutionen im Stadtverband Saarbrücken (27 %, 4), Merzig-Wadern und St. Wendel zu je 20 % (3). Stationäre Pflegeeinrichtungen kamen zumeist aus dem Stadtverband Saarbrücken mit 31 % (9) und Saarlouis (28 %, 8). Jeweils 10 % (3) der Pflegeheime hatten ihren Sitz in Merzig-Wadern, Neunkirchen, dem Saarpfalz-Kreis und St. Wendel (s. Abb. 10).

PDL, ambulante Pflege (n=15)



PDL, stationäre Pflege (n=29)

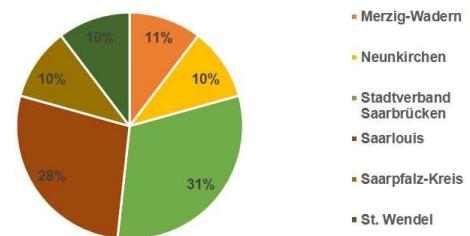


Abbildung 10: Landkreise der Einrichtungen (PDL)

5 Ergebnisse

5.1.1 Soziodemografische Merkmale der Hausärzte

Aufgrund datenschutzrechtlicher Bestimmungen wurden alle saarländischen Hausärzte durch die Kassenärztliche Vereinigung per E-Mail kontaktiert und zur Online-Erhebung eingeladen. Der gesamte Bruttorecklauf lag bei 2,11 %. Der Nettorecklauf war bei 1,51 % zu verzeichnen (s. Abb. 11).

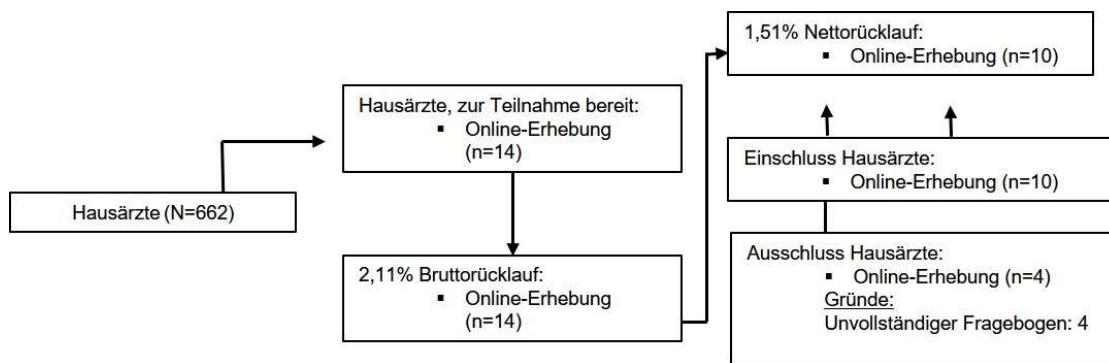


Abbildung 11: Brutto- und Nettorecklauf (HA)

60 % (6) der befragten Hausärzte waren Männer, 30 % (3) Frauen. Die Qualifikation „Allgemeinarzt“ war bei 80 % (8) der Teilnehmenden vorzufinden, zudem nahm ein Internist teil (10%). Unter „Sonstiges“ wurde keine Angabe vom Befragten gemacht, infolgedessen kann dazu keine Aussage getätigt werden. Die Gemeinschaftspraxis als Praxisform nahm mit 50 % (5) den höchsten Stellenwert ein, jeweils 20 % (2) der Studienteilnehmer waren in einer Praxisgemeinschaft oder Einzelpraxis tätig (s. Tab. 16). Im Durchschnitt wiesen die Hausärzte eine Berufserfahrung von 32,75 Jahren ($\pm 6,96$) nach. Die vertragsärztliche Tätigkeit lag im Minimum bei 15 Jahren, maximal bei 34 (s. Tab. 17).

Tabelle 16: Soziodemografische Merkmale (HA)

	Hausärzte	
	N= 10	%
Geschlecht		
Männlich	6	60%
Weiblich	3	30%
K.A.	1	10%
Qualifikation		
Allgemeinarzt	8	80%
Arzt	0	0%
Praktischer Arzt	0	0%
Internist	1	10%
Sonstiges	1	10%
Praxisform		
Einzelpraxis	2	20%
Praxisgemeinschaft	2	20%
Gemeinschaftspraxis	5	50%
Medizinisches Versorgungszentrum	0	0%
Sonstiges	0	0%

5 Ergebnisse

Tabelle 17: Berufserfahrung & Vertragsarzttätigkeit (HA)

	Hausärzte (N= 10)			
	Mean	SD	Min	Max
Berufserfahrung (in Jahren)	32,75	6,96	21	40
Vertragsärztliche Tätigkeit (Dauer in Jahren)	27,38	6,99	15	34

Die teilnehmenden Hausärzte hatten mehrheitlich ihren Praxissitz im Saarpfalz-Kreis (30 %, 3), mit 10 % (1) zu gleichen Teilen nahmen Ärzte aus den Landkreisen Merzig-Wadern, Neunkirchen, dem Stadtverband Saarbrücken und St. Wendel teil. Aus Saarlouis waren keine Teilnehmer zu registrieren (s. Abb. 12).

Landkreis der Hausarztpraxis

(Hausärzte, N=10)

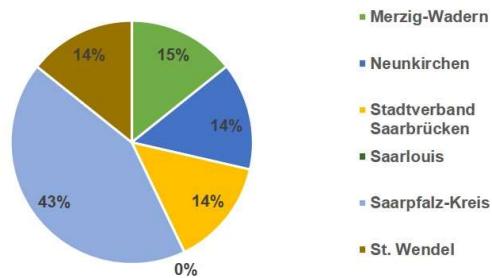


Abbildung 12: Landkreis (HA)

5.2 Versorgungsstrukturen der Teilnehmenden

Pflegedienstleistungen^{amb. & stat. Pfl.} sowie Hausärzte wurden bezüglich ihrer aktuellen Versorgungssituation von Menschen mit chronischen Wunden befragt. Pflegedienstleistungen ambulanter und stationärer Einrichtungen wurden an einer Stichtagserhebung gebeten, ihre Patienten/Bewohner- und Mitarbeiterstrukturen anzugeben. Von Interesse war auch die Anzahl der Hausärzte, mit denen sie zu dieser Zeit in der Wundversorgung zusammenarbeiteten.

5.2.1 Versorgungsstrukturen der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen

Ambulante Pflegedienste betreuten im Mittel 150 Patienten ($\pm 190,03$), wovon 6,87 ($\pm 12,67$) eine chronische Wunde aufwiesen. Das Maximum an Bewohnern lag in stationären Einrichtungen bei 224, sodass im Durchschnitt 94,38 Menschen ($\pm 38,73$) betreut wurden. 4,38 ($\pm 3,12$) waren von einer Chronifizierung betroffen (s. Tab. 18).

In der ambulanten Versorgung häuften sich die Patienten mit Ulcera crurum. Am häufigsten genannt wurde das Ulcus cruris mixtum mit maximal 12 Betroffenen. Durchschnittlich lag das Ulcus cruris venosum mit 1,53 ($\pm 2,17$) an erster Stelle. Nach näherer Betrachtung des Dekubitus zeigt sich, dass die meisten Betroffenen^{amb. & stat. Pfl.} an einem Dekubitus Grad 1 oder 2 (EPUAP) leiden. Dekubitus höheren Grades konnte in ambulanten Diensten nicht identifiziert werden, dagegen wurden in stationären Einrichtungen maximal drei Bewohner (,41; $\pm ,73$) mit Dekubitus Grad 3 (EPUAP) und zwei Bewohner (,21; $\pm ,56$) mit Dekubitus Grad 4 (EPUAP)

5 Ergebnisse

versorgt. Das Diabetische Fußsyndrom scheint in den teilnehmenden Einrichtungen eher einen kleinen Versorgungsradius einzunehmen (^{amb.} Pfl. ,60 ± 1,31; ^{stat.} Pfl. ,21 ± ,56).

Tabelle 18: Versorgungsstrukturen ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen (PDL)

	Pflegerische Versorgung (N =44)							
	Ambulante Pflegeeinrichtung (n= 15)				Stationäre Pflegeeinrichtung (n= 29)			
	Mean	SD	Min	Max	Mean	SD	Min	Max
Patienten/Bewohner	150,60	190,03	1	613	94,38	38,73	32	224
davon mit chronischer Wunde	6,87	12,67	0	50	4,38	3,12	0	11
Wundart								
Ulcus cruris venosum	1,53	2,17	0	7	,86	1,01	0	3
Ulcus cruris arteriosum	,47	1,30	0	5	,21	,56	0	2
Ulcus cruris mixtum	1,27	3,17	0	12	,17	,47	0	2
Ulcus, unklare Genese	,53	1,36	0	5	,17	,54	0	2
Dekubitus Grad 1 (EPUAP)	,67	2,32	0	9	,62	1,01	0	4
Dekubitus Grad 2 (EPUAP)	,67	1,04	0	3	,83	1,17	0	4
Dekubitus Grad 3 (EPUAP)	1,00	1,31	0	3	,41	,73	0	3
Dekubitus Grad 4 (EPUAP)	,33	,72	0	2	,21	,56	0	2
Diabetisches Fußsyndrom	,60	1,31	0	5	,21	,56	0	2
Sonstige Wunden	1,13	,35	1	2	1,17	,38	1	2

Unter „Sonstige Wunden“ wurden Mazeration, Abszess und Tumorwunden aufgeführt.

Leitungen ambulanter Dienste beschäftigten überwiegend Mitarbeiter der Gesundheits- und Krankenpflege (7,80 ±11,01), stationäre Einrichtungen hingegen Altenpfleger (21,09 ±20,39). Sonstige Beschäftigte betreffen die Bereiche Verwaltung, Service, Therapie, Betreuung und Ausbildung (s. Tab. 19).

Tabelle 19: Mitarbeiterstruktur ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen (PDL)

	Mitarbeiterstruktur							
	Ambulante Pflegeeinrichtung				Stationäre Pflegeeinrichtung			
	Mean	SD	Min	Max	Mean	SD	Min	Max
Mitarbeiter gesamt								
Altenpfleger	3,2	2,78	0	7	21,09	20,39	8	80
Gesundheits- und Krankenpfleger	7,80	11,01	0	27	8,27	7,28	2	28
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	1,80	1,30	1	4	,45	,69	0	2
Sonstiges	13,80	25,29	1	59	16,27	21,03	1	52

Aufgrund der freien Arztwahl in Deutschland arbeiteten die ambulanten Einrichtungen mit maximal 50 Hausärzten (10,57 ±12,61) zusammen, stationäre Institutionen mit höchstens mit 26 (6,89 ±5,69) (s. Tab. 20).

Tabelle 20: Daten über die Zusammenarbeit mit Hausärzten (PDL)

	Zusammenarbeit mit Hausärzten in der Wundversorgung (N= 44)							
	Ambulante Pflegeeinrichtung (n= 15)				Stationäre Pflegeeinrichtung (n= 29)			
	Mean	SD	Min	Max	Mean	SD	Min	Max
Hausärzte	10,57	12,61	2	50	6,89	5,69	1	26

5 Ergebnisse

5.2.2 Versorgungsstrukturen der Hausärzte

Hausärzte betreuten maximal 100 Patienten in ihrer Häuslichkeit, davon waren im Mittel ambulant 6,25 ($\pm 4,20$) und stationär 12,00 ($\pm 15,29$) von einer chronischen Wunde betroffen. In der hausärztlichen Praxis nahm die Patientengruppe mit Diabetischem Fußsyndrom einen größeren Umfang ein als bei den teilnehmenden ambulanten Einrichtungen der Stichtagserhebung. Maximal 25 ($3,33 \pm 8,14$) davon wurden ambulant begleitet. An zweiter Stelle stand die Betreuung von Menschen mit Ulcus cruris venosum (max. 20) und Dekubitus Grad 1 (EPUAP). Die dritte Platzierung teilten sich jeweils 15 Betroffene mit Ulcus cruris mixtum und Dekubitus Grad 2 (EPUAP). In stationären Institutionen wurden zu gleichen Teilen 10 Patienten mit Ulcus cruris venosum ($2,00 \pm 3,31$), Dekubitus Grad 1 (EPUAP) ($1,75 \pm 3,41$) und Diabetischem Fußsyndrom ($1,63 \pm 3,64$) behandelt. Unter „Sonstige Wunden“ wurden zwei Patienten aus stationären Pflegeeinrichtungen mit perkutaner endoskopischer Gastrostomie (PEG) genannt (s. Tab. 21).

Tabelle 21: Versorgungsstrukturen (HA)

		Hausärztliche Versorgung (N= 10)							
		Ambulante Pflegeeinrichtung				Stationäre Pflegeeinrichtung			
		Mean	SD	Min	Max	Mean	SD	Min	Max
Patienten		40,00	31,90	6	100	43,50	28,79	6	100
davon mit chronischer Wunde		6,25	4,20	2	15	12,00	15,29	0	50
Wundart									
	Ulcus cruris venosum	4,4	6,37	0	20	2,00	3,31	0	10
	Ulcus cruris arteriosum	1,33	1,91	0	5	,75	1,17	0	3
	Ulcus cruris mixtum	1,78	4,99	0	15	,75	1,04	0	1
	Ulcus, unklare Genese	,44	1,01	0	3	,13	,35	0	1
	Dekubitus Grad 1 (EPUAP)	2,22	6,67	0	20	1,75	3,41	0	10
	Dekubitus Grad 2 (EPUAP)	2,22	4,93	0	15	1,13	2,41	0	7
	Dekubitus Grad 3 (EPUAP)	1,22	1,89	0	5	1,75	1,83	0	5
	Dekubitus Grad 4 (EPUAP)	,67	1,76	0	5	,50	1,41	0	4
	Diabetisches Fußsyndrom	3,33	8,14	0	25	1,63	3,46	0	10
	Sonstige Wunden	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	1,13	,35	1	2

5.3 Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden im Saarland

Das Erleben der pflegerischen und hausärztlichen Betreuung von Menschen mit chronischen Wunden in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen findet in den folgenden Unterkapiteln nähere Betrachtung. Im Anschluss wird die interprofessionelle Zusammenarbeit fokussiert beleuchtet.

5.3.1 Wundversorgung aus Sicht von Betroffenen

In diesem Kapitel werden zunächst die Ergebnisse der Betroffenenbefragung beschrieben; hier zeigt sich, wie sich die Wundversorgung aus Sicht der Teilnehmer darstellt. Daraufhin werden die pflegerische Wunddokumentation kurz skizziert sowie die Ergebnisse standardisierter Instrumente (Wound-QoL, PBI-W) transparent gemacht.

5 Ergebnisse

Alle teilnehmenden Betroffenen wurden nach ihrem aktuellen Wundbehandler befragt. Bei 91 % (10) der ambulant versorgten und 79 % (31) der stationär lebenden Patienten wurde die Wundtherapie durch den Hausarzt eingeleitet (s. Abb. 13).

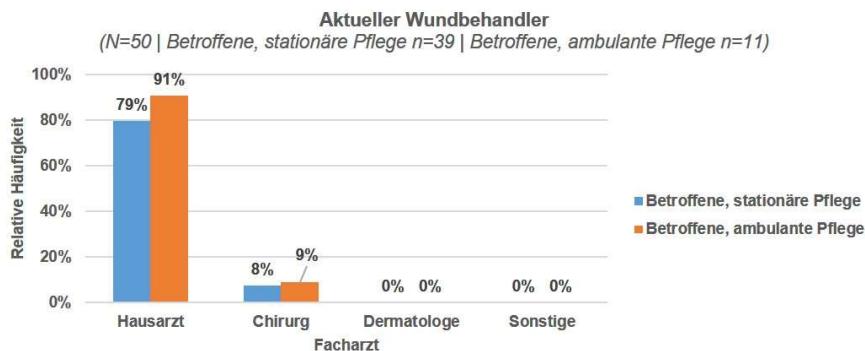


Abbildung 13: Aktueller Wundbehandler (Betroffene)

Um detailliertere Informationen zum Wundstatus zu erhalten, wurden die Betroffenen nach ihrem Einverständnis gefragt. Die Weitergabe der Wundanamnese bejahten 9 Betroffene (82 %) der ambulanten Pflege und 37 Teilnehmende (95 %) der stationären Pflege.

Als therapierelevante Diagnosen wiesen Betroffene gehäuft Adipositas (40 %^{amb. Pfl.}; 27 %^{stat. Pfl.}), Diabetes mellitus Typ II (30 %^{amb. Pfl.}; 35 %^{stat. Pfl.}), Polyneuropathie (20 %^{amb. Pfl.}; 32 %^{stat. Pfl.}) und periphere arterielle Verschlusskrankheit (20 %^{amb. Pfl.}; 24 %^{stat. Pfl.}) auf (s. Tab. 22). Als sonstige Diagnosen wurden chronisch obstruktive Lungenerkrankung, Morbus Pick, Morbus Parkinson, Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus, Leberzirrhose, Inkontinenz, Tetraplegie, Hypertonie nicht näher bezeichnet und koronare Herzkrankheit angegeben.

Tabelle 22: Therapierelevante Diagnosen (Betroffene)

Therapie-relevante Diagnosen*		Setting, Betroffene (N= 47)			
		Betroffene, ambulante Pflege		Betroffene, stationäre Pflege	
		n= 10	%	n= 37	%
Diabetes mellitus Typ 1		0	0%	1	3%
Diabetes mellitus Typ 2		3	30%	13	35%
Periphere arterielle Verschlusskrankheit		2	20%	9	24%
PAVK Stadium IIa nach Fontaine		2	20%	3	8%
PAVK Stadium IIb nach Fontaine		0	0%	5	14%
Chronisch venöse Insuffizienz		4	40%	6	16%
Polyneuropathie		2	20%	12	32%
Rheuma		0	0%	1	3%
Adipositas		4	40%	10	27%
Niereninsuffizienz		1	10%	7	19%
Sonstiges		2	20%	10	27%

*Mehrfachnennungen waren möglich

Die Befragten^{amb. Pfl.} litten mehrheitlich an einem Ulcus cruris venosum (40 %, 4), Ulcus unklearer Genese (30 %, 3), Dekubitus Grad 3 (10 %, 1) und Diabetischem Fußsyndrom (10 %,

5 Ergebnisse

1). Teilnehmende^{stat. Pfl.} waren von Ulcus unklarer Genese (35 %, 13), Dekubitus Grad 3 (EPUAP) (22 %, 8), Dekubitus Grad 2 (EPUAP) (8 %, 3) und DFS (8 %, 3) betroffen (s. Abb. 14).

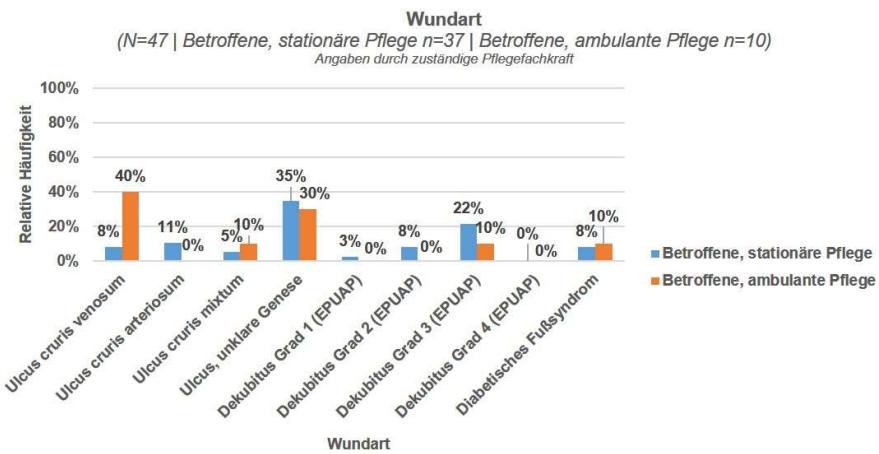


Abbildung 14: Wundart (Betroffene)

Bei 62 % der Teilnehmenden^{stat. Pfl.} handelte es sich um eine Erstwunde, 24 % (3) verzeichneten ein Rezidiv (s. Abb. 15). Der Mittelwert betrug in dieser Gruppe 3,2 ($\pm 2,0$). Bei der Hälfte der Betroffenen^{amb. Pfl.} lag ein Rezidiv vor. Das Maximum stellte das 15. Ulcus dar ($4,8 \pm 5,7$).

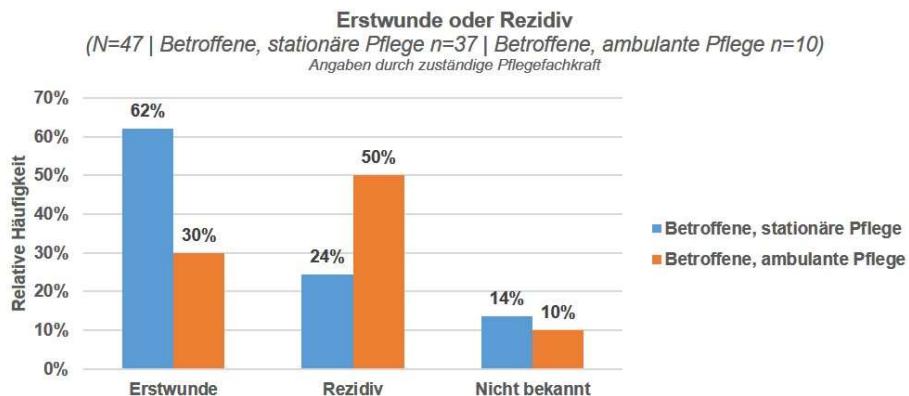


Abbildung 15: Erstwunde/Rezidiv (Betroffene)

Befragte, die in ihrer eigenen Häuslichkeit lebten, brachten im Mittelwert mehr Körpergewicht auf ($102,1 \pm 30,1$) als Menschen, die sich in einer stationären Institution befanden. Auch waren die Wunden in dieser Patientengruppe größer (s. Tab. 23).

Tabelle 23: Wundstatus (Betroffene)

		Setting, Betroffene (N= 47)							
		Betroffene, ambulante Pflege (n= 10)				Betroffene, stationäre Pflege (n= 37)			
		Mean	SD	Min	Max	Mean	SD	Min	Max
Rezidiv		4,8	5,7	1,0	15,0	3,2	2,0	2,0	7,0
Körpergewicht (kg)		102,1	30,1	70,0	137,6	76,7	21,2	50,0	138,4
Körpergröße (cm)		173,6	9,0	160,0	183,0	165,7	9,5	150,0	188,0
Wundstatus	Länge (cm)	6,3	7,6	1,0	19,5	3,5	2,2	0,2	8,0
	Breite (cm)	4,3	3,3	1,0	9,5	2,0	2,5	0,2	10,0
	Tiefe (cm/ml)	0,5	0,3	0,1	1,0	0,7	1,0	0,0	3,0

5 Ergebnisse

Die Hälfte der Betroffenen^{amb. Pflege} (5) und 38 % der Teilnehmer^{stat. Pf.} (37) konnten keine Angaben zu ihrer Wunddauer machen. Überwiegend lebten die Befragten drei bis vier Jahre mit ihrem Geschwür (20 %^{amb. Pf.}, 2; 35 %^{stat. Pf.}, 13) (s. Abb. 16).

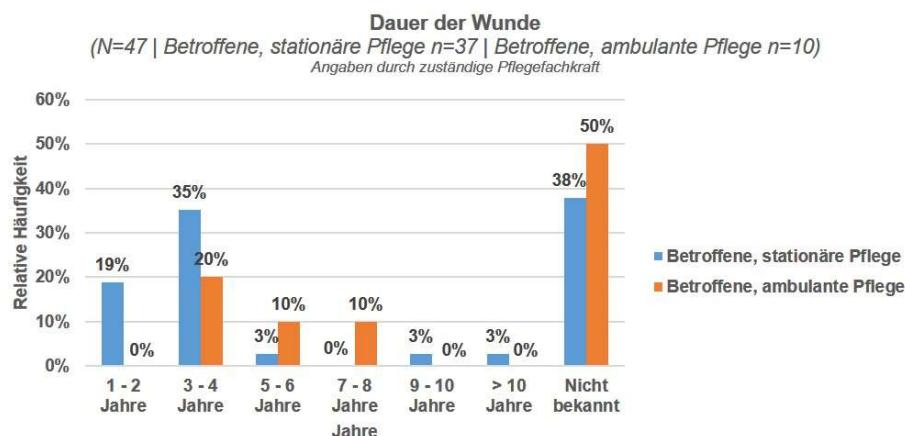


Abbildung 16: Zeitraum Wundentstehung (Betroffene)

Pflegefachkräfte^{amb. Pf.} benötigten in dieser Patientengruppe zwei prägnante Zeitspannen zu je 20 % (2): 10 bis 15 Minuten sowie 21 bis 25 Minuten. Der zügigste Verbandwechsel fand innerhalb von 6 Minuten statt, der aufwendigste beanspruchte 45 Minuten (Mittelwert: 20). Die zuständigen Pflegefachkräfte^{stat. Pf.} gaben an, in der Regel entweder weniger als 10 Minuten oder zwischen 10 und 15 Minuten für einen Verbandwechsel zu benötigen (s. Abb. 17). Der Mittelwert lag bei 11 Minuten (Min. 5, Max. 45 Minuten).

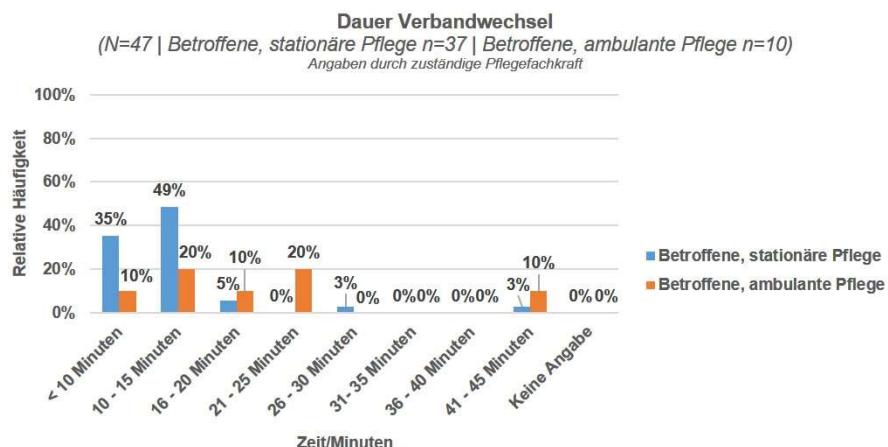


Abbildung 17: Dauer Verbandwechsel durch PfK (Betroffene)

In 65 % der Fälle^{amb. Pf.} und 60 %^{stat. Pf.} wurde ein täglicher Verbandwechsel notwendig (s. Abb. 18). Zusätzlich gab es eine Angabe „bei Bedarf“. Elf Pflegefachkräfte spezifizierten nochmals „wöchentlich“ in „alle 3 Tage“, weitere elf Mitarbeiter in „alle 2 Tage“, drei Pflegende in „alle 4 Tage“.

5 Ergebnisse

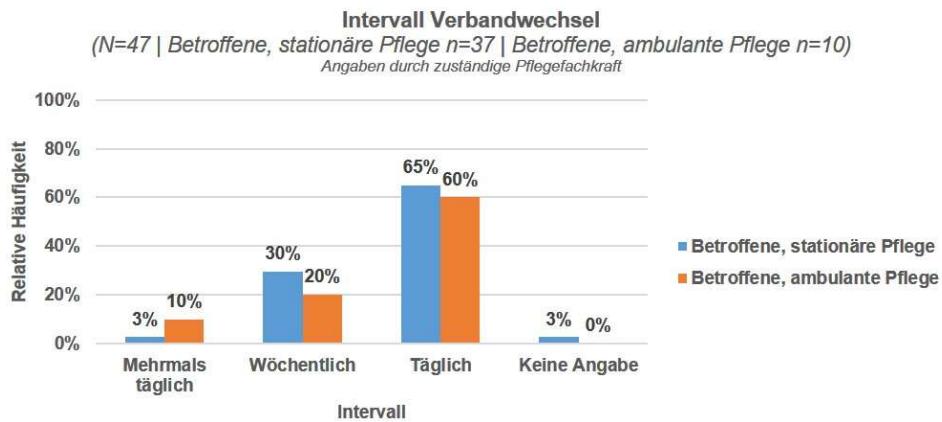


Abbildung 18: Intervall Verbandwechsel durch PfK (Betroffene)

Bei 20 % (2) der Betroffenen^{amb. Pfl.} und 14 % (5) der Betroffenen^{stat. Pfl.} bestanden Wundtaschen.

Die Hälfte (5) der Teilnehmenden^{amb. Pfl.} zeigte seröses Wundexsudat. Bei 41 % (15) der Befragten^{stat. Pfl.} zeichnete sich kein (41 %, 15) bis wenig (32 %, 12) Exsudataufkommen ab (s. Abb. 19).

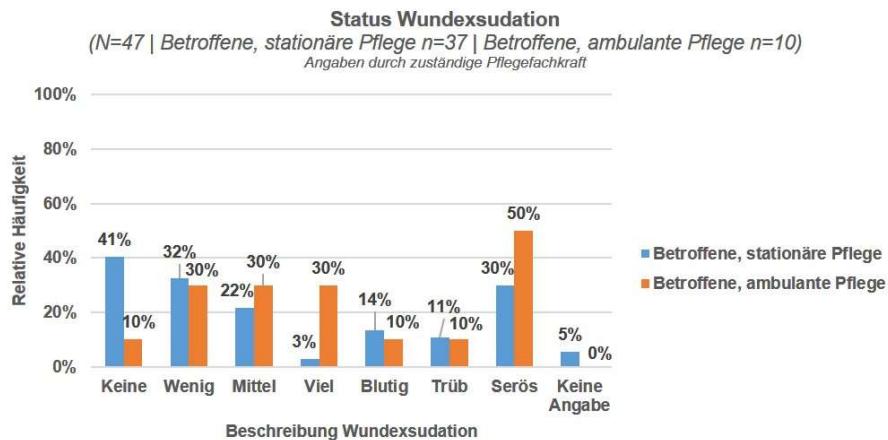


Abbildung 19: Status Wundexsudation (Betroffene)

In den meisten Wunden bildete sich rotes Granulationsgewebe (40 %^{amb. Pfl.}, 4; 49 %^{stat. Pfl.}, 18). In 9 Fällen (24 %) der stationären Pflege konnte zum Wundgrund keine Angabe gemacht werden (s. Abb. 20).

5 Ergebnisse

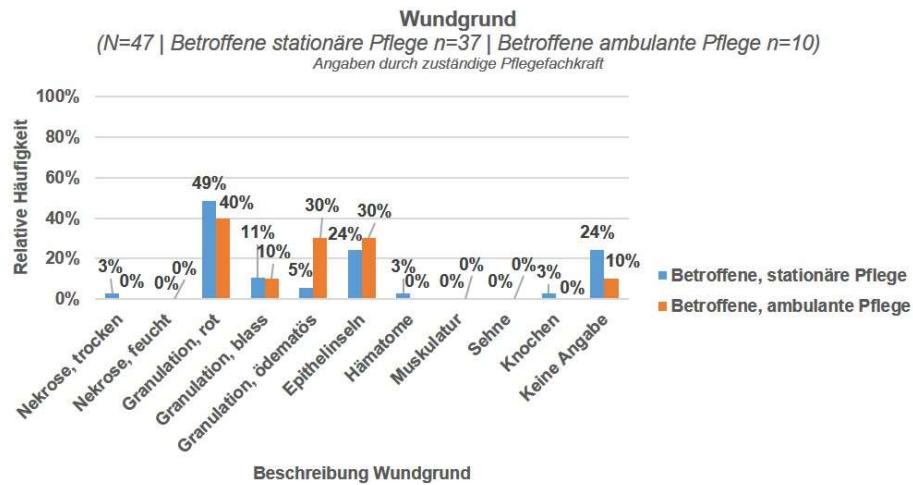


Abbildung 20: Status Wundgrund (Betroffene)

60 % (6) der Betroffenen^{amb. Pfl.} und 16 % (6) der Befragten^{stat. Pfl.} wiesen Infektionszeichen auf (s. Abb. 21).

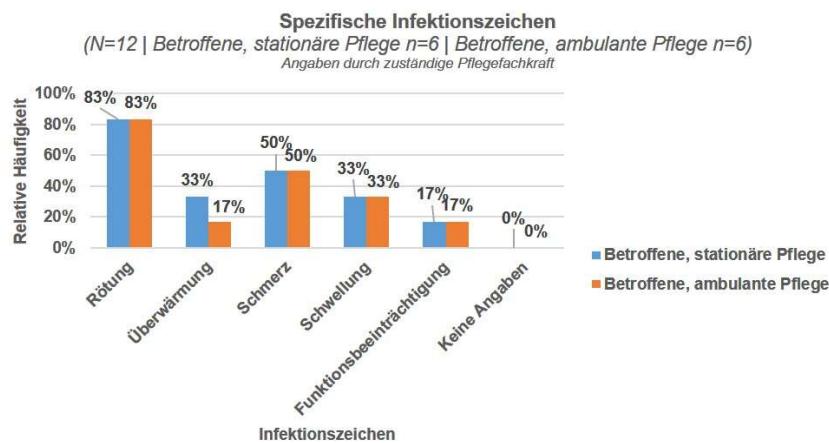


Abbildung 21: Spezifische Infektionszeichen (Betroffene)

Wundabstriche wurden bei 50 % (5) der Befragten^{amb. Pfl.} und bei 24 % (9) der Betroffenen^{stat. Pfl.} durchgeführt. Getestet wurde auf Pilze und Bakterien (Proteus, Pseudomonas, Klebsiella, Streptococcus, Staphylococcus aureus). 60 % (3) der Abstriche von Betroffenen^{amb. Pfl.} und 22 % (2) der Abstriche von Bewohnern^{stat. Pfl.} wurden im Jahr 2016 durchgeführt, alle anderen in den Jahren zuvor. 11 % (1) der Betroffenen^{stat. Pfl.} war das Datum der Entnahme nicht bekannt.

Die Wundspülung mittels Antiseptika wurde in 60 % (6) der Patientenfälle^{amb. Pfl.} mit Polihexanid und in 30 % (3) mit Octenidin durchgeführt. Auch in der stationären Pflege fanden die Spülungen am häufigsten mit antiseptischen Mitteln statt (Polihexanid: 32 %, 12; Octenidin: 24 %, 9) (s. Abb. 22).

5 Ergebnisse

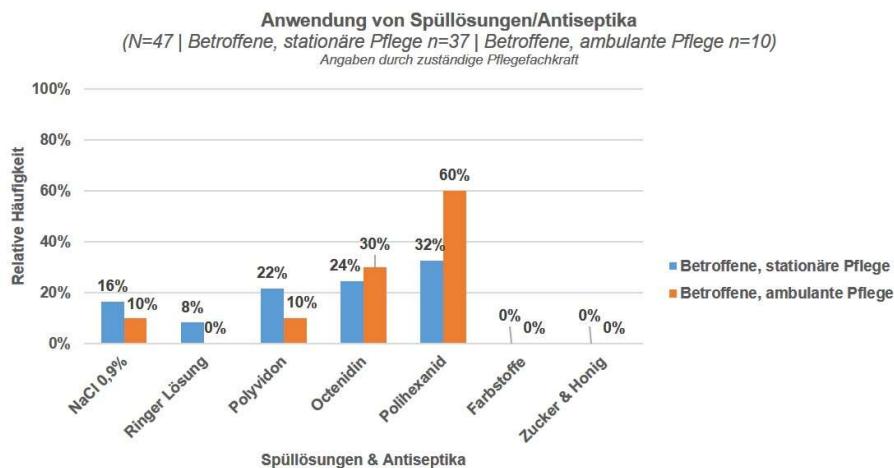


Abbildung 22: Wundspülung durch PfK (Betroffene)

Bei 30 % (3) der Betroffenen^{amb. Pfl.} und 3 % (1) der Teilnehmer^{stat. Pfl.} fand ein chirurgisches Débridement zur Reinigung der Wunde statt. 11 % (4) der Befragten^{stat. Pfl.} wurden mit einem mechanischen Débridement versorgt, 5 % (2) mit einem enzymatischen Débridement. In einem Fall wurde eine Randnotiz erstellt: „Ein Débridement wurde im Krankenhaus durchgeführt, es ist jedoch nicht bekannt welches.“

Die Mehrzahl der Patienten^{amb. Pfl.} wurde mit Schaumverbänden und elastischen Mullbinden (50 %, 5), 30 % (3) mit trockenen Kompressen, zu je 20 % (2) mit silberhaltigen Wundauflagen und Vlieskompressen mit Superabsorber versorgt. In der stationären Pflege kamen zusätzlich Alginate/Hydrofaser (30 %, 11), Hydrokolloide und Transparentfolie (jeweils 11 %, 4) zum Einsatz (s. Abb. 23). Unter „Sonstiges“ machten die zuständigen Pflegefachkräfte die meisten Angaben (^{amb. Pfl.} 60 %, 6; ^{stat. Pfl.} 19 %, 7). Darunter fiel ein Patient, dessen Wundauflagen nicht bekannt waren. In mehreren Fragebogen wurden Fixiervlies (2), Saugkompressen (1), Spülösungen (3), Vakuumtherapie (1) und Schaumverbände (2) mit Handelsnamen notiert. Des Weiteren wurden Hautpflegeprodukte wie Asche- und Zinksalbe (2) aufgeschrieben.

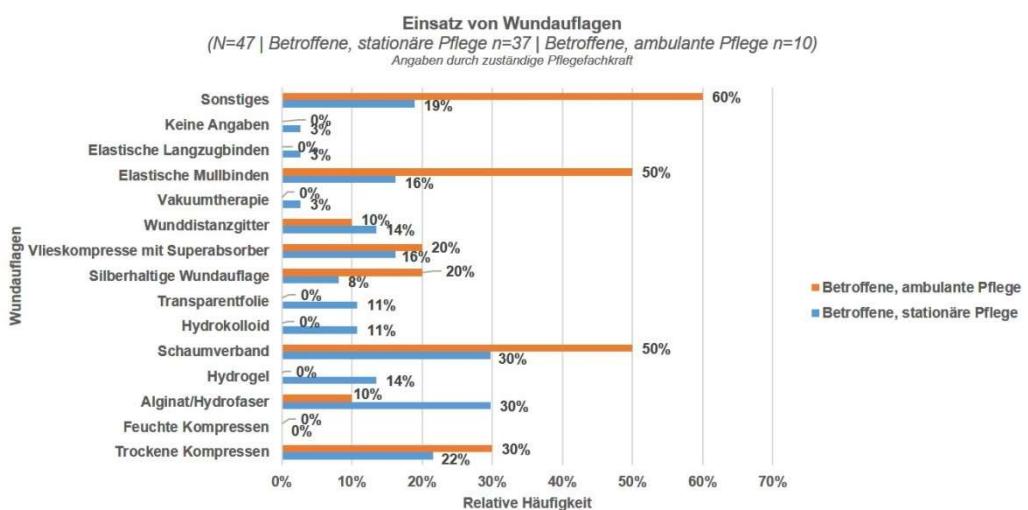


Abbildung 23: Wundauflagen (Betroffene)

5 Ergebnisse

Bei Teilnehmern kam eine trockene, schuppige Wundumgebung häufig vor (60 %^{amb. Pfl.}, 6; 43 %^{stat. Pfl.}, 16). Rötungen (30 %^{amb. Pfl.}, 3; 41 %^{stat. Pfl.}, 15) und Mazeration (20 %^{amb. Pfl.}, 2; 24 %^{stat. Pfl.}, 9) bildeten in einigen Fällen die Wundumgebung (s. Abb. 24).

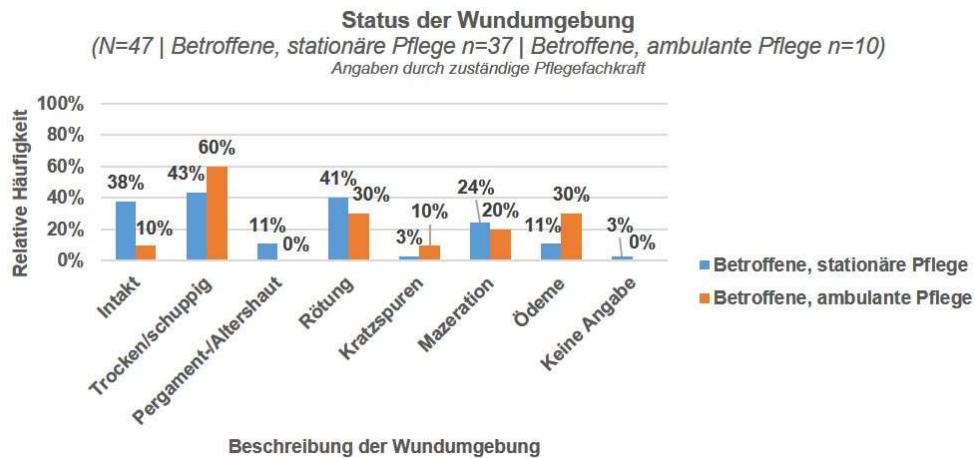


Abbildung 24: Status Wundumgebung (Betroffene)

6 (60 %) der teilnehmenden Betroffenen^{amb. Pfl.} und 11 (30 %) der Befragten^{stat. Pfl.} erhielten einen Wundrandschutz. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass mehr als die Hälfte der betroffenen Bewohner in stationären Pflegeeinrichtungen (59 %, 22) keine zusätzlichen Maßnahmen zur Pflege der Wundumgebung erhielten.

In der ambulanten Pflege wurden zumeist Präparate mit Dexpantenol als Wundrandschutz verwendet (40 %^{amb. Pfl.}, 4). Transparente Hautschutzfilme fanden im stationären Setting zu 11 % (4) Anwendung. Unter „Sonstiges“ wurde Lavendelöl (eine Nennung) aufgelistet, ferner gab es keine weiteren Angaben (s. Abb. 25).

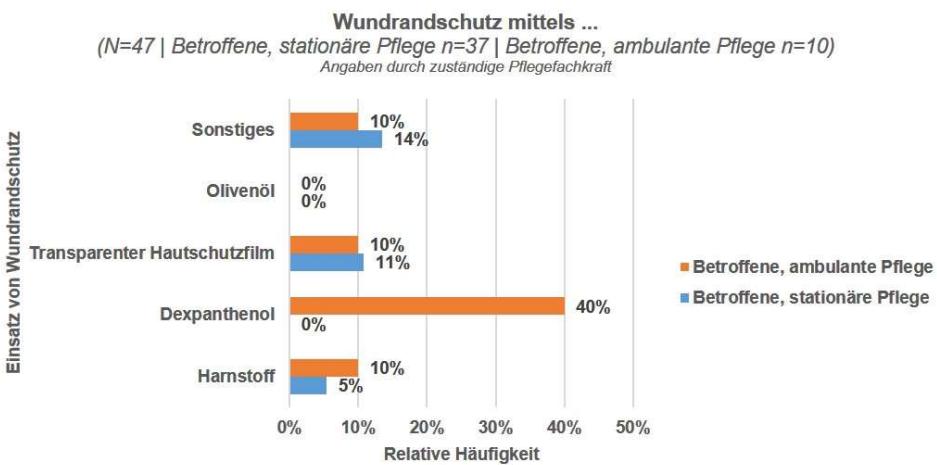


Abbildung 25: Einsatz von Wundrandschutz (Betroffene)

In einem offenen Antwortfeld konnten die Teilnehmenden beschreiben, welche Produkte sie in ihrem Alltag für ihre Wundversorgung zusätzlich kaufen mussten (s. Tab. 24). Hierbei handelte es sich um Wundspülösungen, antiseptische Salben, Fixierpflaster und Hautpflegelotionen.

5 Ergebnisse

Tabelle 24: Zusatzprodukte/Selbstkauf (Betroffene)

Zusatzprodukte für die Wundversorgung (Selbstkauf) „[...] Unterlagen, Handtücher, Waschlappen, Desinfektionsspray [...]“ (ID: 01)		
Code	Memo	Angaben
Salben und Wundaflagen	„[...] Betaisodona [...]“ (ID: 01)	20
Spüllösungen	„[...] Prontosan zum Reingen der Wunde und sterile Kompressen [...]“ (ID: 04)	14
Wundabdeckung	„[...] Elastische Fixierbinden, Betaisodona-Salbe, Pflaster zum Fixieren der Verbände unterschiedlicher Art [...]“ (ID: 01)	8
Hautpflege	„[...] PH-5 Eucerin Urea 10% [...]“ (ID: 01)	5

Die Ausgaben für die Wundversorgung beliefen sich bei Betroffenen^{amb. Pfl.} im Minimum bei 15 Euro, im Maximum bei 200 Euro ($67,50 \pm 63,47$). Befragte^{stat. Pfl.} verzeichneten null Euro bis höchstens 50 Euro Zuzahlungen ($18,08 \pm 20,13$).

Mit dem Wound-QoL wurden alle teilnehmenden Betroffenen^{amb. & stat. Pfl.} hinsichtlich ihrer krankheitsspezifischen gesundheitsbezogenen Lebensqualität befragt (s. Tab. 25). Der Wound-QoL-Gesamtwert von Betroffenen^{amb. Pfl.} lag bei $1,79 (\pm 1,49)$. Menschen in ihrem häuslichen Umfeld waren in ihrer krankheitsspezifischen Lebensqualität „etwas“ (mit Tendenz zu „mittelmäßig“) beeinträchtigt. Teilnehmende^{stat. Pfl.} verzeichneten einen Wound-QoL-Gesamtwert von $1,14 (\pm 1,27)$; diese gaben an, in den letzten sieben Tagen eingeschränkt gewesen zu sein. Zusätzlich wurden drei Subskalen (Körper, Psyche, Alltagsleben) analysiert. Betrachtet man die *Subskala Körper*, unterscheiden sich die beiden Gruppen nicht signifikant voneinander: Beide waren „etwas“ beeinträchtigt (Betroffene^{amb. Pfl.} $1,61 \pm 1,56$; Betroffene^{stat. Pfl.} $1,47 \pm 1,34$). Anhand der *Subskala Psyche* ergaben sich Werte von $1,63 \pm 1,57$ (Betroffene^{amb. Pfl.}) und $0,71 \pm 1,25$ (Betroffene^{stat. Pfl.}). Menschen in ihrer Häuslichkeit fühlten sich psychosozial stärker belastet als Menschen in einer stationären Pflegeeinrichtung. Die Analyse der *Subskala Alltagsleben* zeigt deutliche Unterschiede. Während Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen ($1,28 \pm 1,42$) sich in ihrem Alltag durch ihre Wunde „etwas“ behindert fühlten, erlebten Betroffene in ihrer Häuslichkeit „mittelmäßige“ Einschränkungen hinsichtlich ihrer Lebensqualität ($2,45 \pm 1,39$).

5 Ergebnisse

Tabelle 25: Wound-QoL, Subskala Körper (Betroffene)

	In den letzten 7 Tagen	Setting, Betroffene (N= 50)			
		Betroffene, ambulante Pflege (n= 11)		Betroffene, stationäre Pflege (n= 39)	
		Mean	SD	Mean	SD
1	... hatte ich Schmerzen an der Wunde	1,09	1,30	1,03	1,22
2	... hatte ich einen unangenehmen Geruch an der Wunde	1,36	1,63	1,19	1,43
3	... hatte ich störenden Wundausfluss	1,50	1,35	1,13	1,21
4	... war mein Schlaf durch die Wunde beeinträchtigt	2,00	1,61	2,18	1,33
5	... war die Behandlung der Wunde für mich belastend	2,09	1,87	1,82	1,43
Subskala Körper		1,61	1,56	1,47	1,34
Mean Items #1 bis #5/Anzahl der 5 Items					
6	... war ich wegen der Wunde niedergeschlagen	1,64	1,57	1,71	1,49
7	... hat es mich frustriert, dass die Heilung so lange dauert	1,64	1,43	1,03	1,31
8	... habe ich mir Sorgen wegen meiner Wunde gemacht	1,64	1,43	,87	1,17
9	... hatte ich Angst vor einer Verschlechterung oder vor neuen Wunden	1,90	1,73	,44	1,05
10	... hatte ich Angst, mich an der Wunde zu stoßen	1,91	1,70	,95	1,22
Subskala Psyche		1,63	1,57	0,71	1,25
Mean Items #6 bis #10/Anzahl der 5 Items					
11	... konnte ich mich wegen der Wunde schlecht fortbewegen	2,18	1,60	,89	1,29
12	... war das Treppensteigen wegen der Wunde mühsam	1,82	1,83	,59	1,20
13	... hatte ich wegen der Wunde Probleme mit Alltagsaktivitäten	2,36	1,50,	1,84	1,76
14	... waren meine Freizeitaktivitäten wegen der Wunde eingeschränkt	1,64	1,57	,63	1,30
15	... musste ich wegen der Wunde Aktivitäten mit Anderen einschränken	1,82	1,83	,59	1,19
16	... fühlte ich mich wegen der Wunde abhängig von der Hilfe Anderer	2,36	1,50	1,84	1,76
Subskala Alltagsleben		2,45	1,39	1,28	1,42
Mean Items #11 bis #16/Anzahl der 5 Items					
17	... war die Wunde für mich eine finanzielle Belastung	1,55	1,44	,63	1,30
Wound-QoL-Gesamtwert		1,79	1,49	1,14	1,27
Mean Items 1 bis 17/Anzahl der 17 Items					

5 Ergebnisse

Der „Patient Benefit Index (PBI)“ erfasst die persönlich definierten Behandlungsziele und -nutzen während des Behandlungsverlaufs. Die Wichtigkeit von Behandlungszielen lag in der Befragungsgruppe^{amb. Pfl.} bei 3,29 ($\pm 1,23$) und korreliert mit den Ergebnissen der Teilnehmer^{stat. Pfl.} (3,48 $\pm 1,55$). Die Heilung der Wunde stand in beiden Teilnehmerkreisen im Vordergrund, wobei die Berufstätigkeit aufgrund der Altersstruktur keine Relevanz einnahm (s. Tab. 26). Die Bewertung des Nutzens zeigt: Betroffene^{amb. Pfl.} profitierten davon, keinen unangenehmen Geruch an der Wunde wahrzunehmen (63,64 %). Keinen Ausfluss an der Wunde zu haben, war für 43,59 % der Befragten^{stat. Pfl.} relevant (s. Tab. 27). Beide Teilnehmerkreise gewannen durch die Behandlung an Vertrauen in die Therapie (54,55 % Teilnehmer^{amb. Pfl.}; 38,46 % Befragte^{stat. Pfl.}). 90,91 % der Patienten^{amb. Pfl.} und 84,62 % der Bewohner^{stat. Pfl.} wiesen einen PBI ≥ 1 auf, d. h. in dieser Personengruppe ist von einem minimal relevanten Nutzen der Wundbehandlung auszugehen. In 9,09 % der Fälle^{amb. Pfl.} und 15,38 % der Teilnehmenden^{stat. Pfl.} lässt sich aus der Behandlung kein Benefit folgern.

5 Ergebnisse

Tabelle 26: Patient Needs Questionnaire (PNI-W) Wichtigkeit von Behandlungszielen (Betroffene)

	Wie wichtig ist es für Sie, durch die Behandlung	Betroffene, ambulante Pflege (n=11)						Setting, Betroffene (N=50)						Betroffene, stationäre Pflege (n=39)					
		Mean	SD	% „betrifft mich nicht“	% „mäßig“	% „sehr“	% fehlende Angabe	Mean	SD	% „betrifft mich nicht“	% „mäßig“	% „sehr“	% fehlende Angabe	Mean	SD	% „betrifft mich nicht“	% „mäßig“	% „sehr“	% fehlende Angabe
1	... schmerzfrei zu sein	3,73	,47	0,00%	0,00%	72,73%	0,00%	3,82	,76	5,13%	0,00%	82,05%	0,00%	3,45	1,21	0,00%	0,00%	72,73%	0,00%
2	... keinen Ausfluss an der Wunde zu haben	3,64	1,29	9,09%	0,00%	72,73%	0,00%	3,00	1,45	10,26%	12,82%	38,48%	2,56%	3,91	,30	0,00%	0,00%	90,91%	0,00%
3	... keinen unangenehmen Geruch an der Wunde zu haben	3,00	1,55	0,00%	0,00%	72,73%	0,00%	3,31	1,38	10,26%	2,56%	53,85%	0,00%	2,55	1,51	0,00%	0,00%	27,27%	0,00%
4	... an der Wunde/den Wunden geheilt zu sein	3,18	1,66	9,09%	0,00%	45,45%	0,00%	3,38	1,48	20,51%	5,13%	38,46%	0,00%	3,09	1,22	0,00%	9,09%	72,73%	0,00%
5	... besser schlafen zu können	3,18	1,86	0,00%	0,00%	54,55%	0,00%	3,44	1,55	28,21%	7,69%	33,33%	0,00%	3,00	1,55	0,00%	0,00%	54,55%	0,00%
6	... weniger niedergeschlagen zu sein	3,09	1,37	18,18%	0,00%	36,36%	0,00%	3,56	1,54	30,77%	10,26%	35,90%	0,00%	2,91	1,30	9,09%	18,18%	18,18%	0,00%
7	... an Lebensfreude zu gewinnen	3,00	1,41	18,18%	18,18%	18,18%	0,00%	3,64	1,81	48,72%	7,69%	23,08%	0,00%	2,82	1,27	0,00%	18,18%	18,18%	0,00%
8	... keine Furcht vor einem Fortschreiten der Krankheit zu haben	3,00	1,37	18,18%	0,00%	36,36%	0,00%	3,56	1,73	38,46%	2,56%	30,77%	0,00%	2,91	1,30	9,09%	18,18%	18,18%	0,00%
9	... ein normales Alltagsleben führen zu können	3,00	1,41	18,18%	18,18%	18,18%	0,00%	3,62	1,44	25,64%	10,26%	48,72%	0,00%	2,91	1,30	9,09%	18,18%	18,18%	0,00%
10	... im Alltag leistungsfähiger zu sein	3,45	1,37	18,18%	0,00%	36,36%	0,00%	3,56	1,54	30,77%	10,26%	35,90%	0,00%	3,00	1,41	18,18%	0,00%	36,36%	0,00%
11	... Ihre Angehörigen und Freunde weniger zu belasten	3,00	1,41	18,18%	0,00%	36,36%	0,00%	3,64	1,81	48,72%	7,69%	23,08%	0,00%	2,91	1,30	9,09%	18,18%	18,18%	0,00%
12	... normalen Freizeitaktivitäten nachgehen zu können	3,00	1,41	18,18%	0,00%	36,36%	0,00%	3,56	1,73	38,46%	2,56%	30,77%	0,00%	2,91	1,30	9,09%	18,18%	18,18%	0,00%
13	... ein normales Berufsleben führen zu können	3,00	1,41	18,18%	0,00%	36,36%	0,00%	3,10	1,94	35,90%	12,82%	17,95%	0,00%	2,91	1,30	9,09%	18,18%	18,18%	0,00%
14	... mehr Kontakte mit anderen Menschen haben zu können	3,45	1,64	36,36%	18,18%	18,18%	0,00%	3,10	1,94	35,90%	12,82%	17,95%	0,00%	2,64	1,80	18,18%	18,18%	18,18%	0,00%
15	... sich mehr zeigen zu mögen	4,45	,69	54,55%	0,00%	36,36%	0,00%	2,95	2,16	43,59%	10,26%	7,69%	0,00%	2,55	1,51	0,00%	36,36%	4,36	1,48
16	... in der Partnerschaft weniger belastet zu sein	2,64	1,57	0,00%	27,27%	45,45%	0,00%	3,51	1,55	28,21%	7,69%	41,03%	0,00%	2,64	1,57	0,00%	27,27%	3,33	1,49
17	... weniger auf Arzt- und Klinikbesuche angewiesen zu sein	3,36	1,80	27,27%	0,00%	36,36%	0,00%	3,18	2,05	38,46%	0,00%	23,08%	2,56%	3,20	1,23	0,00%	45,45%	9,09%	46,15%
18	... weniger Zeitaufwand mit der täglichen Behandlung zu haben	3,00	1,27	0,00%	18,18%	45,45%	0,00%	3,56	1,47	23,08%	7,69%	51,28%	0,00%	2,82	1,66	0,00%	54,55%	0,00%	2,56%
19	... weniger Nebenwirkungen zu haben	3,00	1,27	0,00%	18,18%	45,45%	0,00%	3,41	1,39	10,26%	2,56%	61,54%	0,00%	2,82	1,66	0,00%	54,55%	0,00%	2,56%
20	... weniger Nebenwirkungen zu haben	3,00	1,27	0,00%	18,18%	45,45%	0,00%	3,56	1,47	23,08%	7,69%	51,28%	0,00%	2,82	1,66	0,00%	54,55%	0,00%	2,56%
21	... eine klare Diagnose und Therapie zu finden	3,00	1,27	0,00%	18,18%	45,45%	0,00%	3,41	1,39	10,26%	2,56%	61,54%	0,00%	2,82	1,66	0,00%	54,55%	0,00%	2,56%
22	... Vertrauen in die Therapie zu haben	2,82	1,66	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	2,82	1,66	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Tabelle 27: Patient Benefit Questionnaire (PBI-W) Nutzen der Behandlung (Betroffene)

	Die jetzige Behandlung hat mir geholfen ...		Betroffene, ambulante Pflege (n=11)						Setting, Betroffene (N=50)						Betroffene, stationäre Pflege (n=39)												
	Mean	SD	% „betrifft mich nicht“	% „mäßig“	% „sehr“	% fehlende Angabe	Mean	SD	% „betrifft mich nicht“	% „mäßig“	% „sehr“	% fehlende Angabe	Mean	SD	% „betrifft mich nicht“	% „mäßig“	% „sehr“	% fehlende Angabe									
1	... schmerzfrei zu sein	2,91	1,22	0,00%	18,18%	45,45%	0,00%	2,67	1,61	0,00%	17,95%	23,08%	0,00%	2,36	1,29	0,00%	18,18%	18,18%	0,00%	2,56%	43,59%	0,00%					
2	... keinen Ausfluss an der Wunde zu haben	2,36	1,29	0,00%	18,18%	18,18%	0,00%	3,41	1,48	0,00%	2,56%	43,59%	0,00%	3	... keinen unangenehmen Geruch an der Wunde zu haben	3,45	,82	0,00%	18,18%	63,64%	0,00%	3,38	1,57	0,00%	5,13%	38,46%	0,00%
4	... an der Wundenden Wunden gehellt zu sein	2,91	1,70	0,00%	9,09%	18,18%	0,00%	2,92	1,44	0,00%	17,95%	35,90%	2,56%	5	... besser schlafen zu können	2,73	2,01	0,00%	9,09%	18,18%	0,00%	3,08	1,69	0,00%	15,38%	23,08%	0,00%
6	... weniger niedergeschlagen zu sein	2,82	2,09	0,00%	9,09%	9,09%	0,00%	3,23	1,61	0,00%	7,69%	25,64%	0,00%	7	... an Lebensfreude zu gewinnen	3,00	1,61	0,00%	18,18%	27,27%	0,00%	3,28	1,64	0,00%	10,26%	30,77%	0,00%
8	... keine Furcht vor einem Fortschreiten der Krankheit zu haben	2,91	1,51	0,00%	18,18%	36,36%	0,00%	2,79	1,84	0,00%	2,56%	28,21%	0,00%	9	... ein normales Alltagsleben führen zu können	2,73	1,49	0,00%	27,27%	27,27%	0,00%	3,46	1,50	0,00%	12,82%	28,21%	0,00%
10	... im Alltag leistungsfähiger zu sein	2,82	1,72	0,00%	18,18%	27,27%	0,00%	3,49	1,65	0,00%	12,82%	20,51%	0,00%	11	... Ihre Angehörigen und Freunde weniger zu belasten	2,91	1,51	0,00%	18,18%	36,36%	0,00%	3,85	1,58	0,00%	10,26%	20,51%	0,00%
12	... normale Freizeitaktivitäten nachgehen zu können	3,27	1,56	0,00%	18,18%	18,18%	0,00%	3,44	1,67	0,00%	10,26%	23,08%	0,00%	13	... ein normales Berufsleben führen zu können	4,36	1,50	0,00%	0,00%	18,18%	0,00%	4,53	1,39	0,00%	10,26%	2,56%	2,56%
14	... mehr Kontakte mit anderen Menschen haben zu können	3,55	1,75	0,00%	0,00%	9,09%	0,00%	3,49	1,81	0,00%	0,00%	20,51%	0,00%	15	... sich mehr zeigen zu mögen	3,09	1,87	0,00%	9,09%	9,09%	0,00%	3,46	1,90	0,00%	10,26%	12,82%	0,00%
16	... in der Partnerschaft weniger belastet zu sein	4,09	1,30	0,00%	0,00%	18,18%	0,00%	4,68	1,00	0,00%	7,69%	5,13%	5,13%	17	... weniger auf Arzt- und Klinikbesuche angewiesen zu sein	3,36	,92	0,00%	18,18%	36,36%	0,00%	3,13	1,93	0,00%	2,56%	30,77%	2,56%
18	... weniger Zeitaufwand mit der täglichen Behandlung zu haben	2,55	1,37	0,00%	9,09%	27,27%	0,00%	2,74	1,74	0,00%	10,26%	33,33%	0,00%	19	... weniger Behandlungskosten zu haben	3,45	1,37	0,00%	18,18%	27,27%	0,00%	3,21	2,15	0,00%	2,56%	17,95%	0,00%
20	... weniger Nebenwirkungen zu haben	2,64	1,69	0,00%	9,09%	27,27%	0,00%	3,77	1,72	0,00%	0,00%	20,51%	0,00%	21	... eine klare Diagnose und Therapie zu finden	2,80	1,62	0,00%	0,00%	27,27%	9,09%	3,08	1,65	0,00%	7,69%	33,33%	0,00%
22	... Vertrauen in die Therapie zu haben	2,91	1,51	0,00%	0,00%	54,55%	0,00%	3,08	1,51	0,00%	15,38%	38,46%	0,00%														

5 Ergebnisse

5.3.1.1 Pflegerische Wundversorgung und -dokumentation

Der Expertenstandard „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“ des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege empfiehlt ein initiales Erst-Assessment mit anschließendem Monitoring über unterschiedliche Parameter wie Schmerz, Exsudat, Entzündungszeichen u. a.

50 % (5) der Pflegefachkräfte^{amb. Pfl.} und 70 % (26) der Pflegenden^{stat. Pfl.} dokumentierten den Heilungsverlauf der Betroffenen wöchentlich (s. Abb. 26). In wenigen Fällen musste eine tägliche Aktualisierung der Wunddokumentation durchgeführt werden (20 %^{amb. Pfl.}, 2; 14 %^{stat. Pfl.}, 5). Unter „Sonstiges“ fügten die Fachkräfte hinzu: „bei Veränderungen“ (2 Angaben) sowie „bei jedem Verbandwechsel“ (14 Angaben).

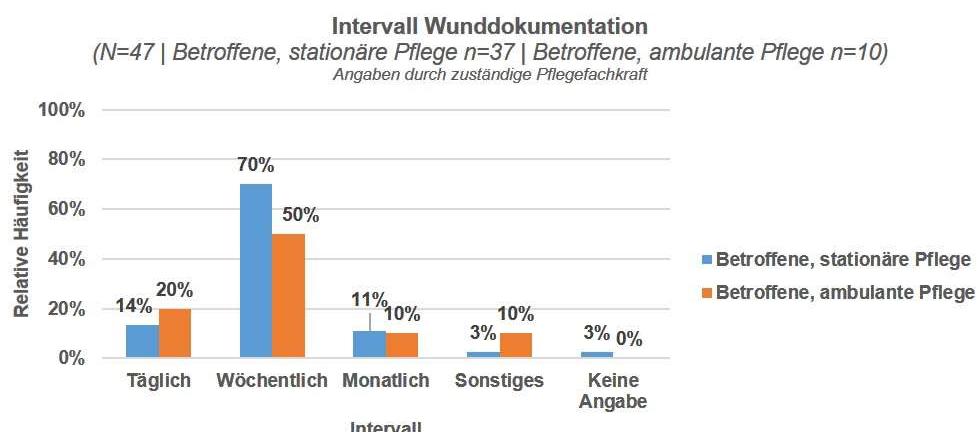


Abbildung 26: Intervall Wunddokumentation durch PfK (Betroffene)

In 90 % (9) der Patientenbefragungen^{amb. Pfl.} und 73 % (27) der Bewohnerbefragungen^{stat. Pfl.} wurde von den zuständigen Pflegefachkräften eine Fotodokumentation angelegt. Die Aktualisierung erfolgte meist monatlich (33 %^{amb. Pfl.}, 3; 63 %^{stat. Pfl.}, 17) (s. Abb. 27). Unter „Sonstiges“ wurden unterschiedliche Angaben gemacht, wie bspw. „bei Veränderungen“ (3 Nennungen), „bei jedem Verbandwechsel“ (eine Angabe) und „14-täigig“ (5 Nennungen).

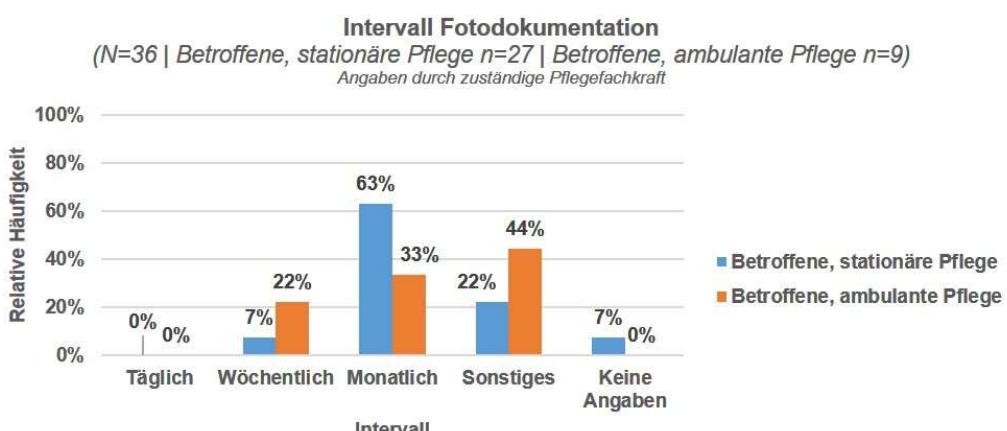


Abbildung 27: Intervall Fotodokumentation (Betroffene)

5 Ergebnisse

In der Befragungsgruppe waren ein (10 %) Patient^{amb. Pfl.} und 12 (33 %) Teilnehmer^{stat. Pfl.} von einem Dekubitus betroffen. Die zuständigen Pflegefachkräfte wurden hinsichtlich dem Einsatz spezifischer Maßnahmen befragt. Pflegende^{amb. Pfl.} gaben zu 100 % (1) an, Bewegungs- und Lagerungspläne anzuwenden. Unter „Sonstiges“ wurde ein Verbandschuh mit Polsterung (eine Nennung) angegeben. Pflegefachkräfte^{stat. Pfl.} verwendeten bei 58 % (7) der Betroffenen Bewegungspläne, Wechseldruckmatratzen (50 %, 6), Weichlagerungsmatratzen (25 %, 3) und Mikrolagerungssysteme (8 %, 1). Im Feld „Sonstiges“ listeten sie eine „viskoelastische Schaumstoffmatratze“ (eine Nennung) sowie in einem Fall „selbstständige Lagerung“ (eine Angabe) auf (s. Abb. 28).

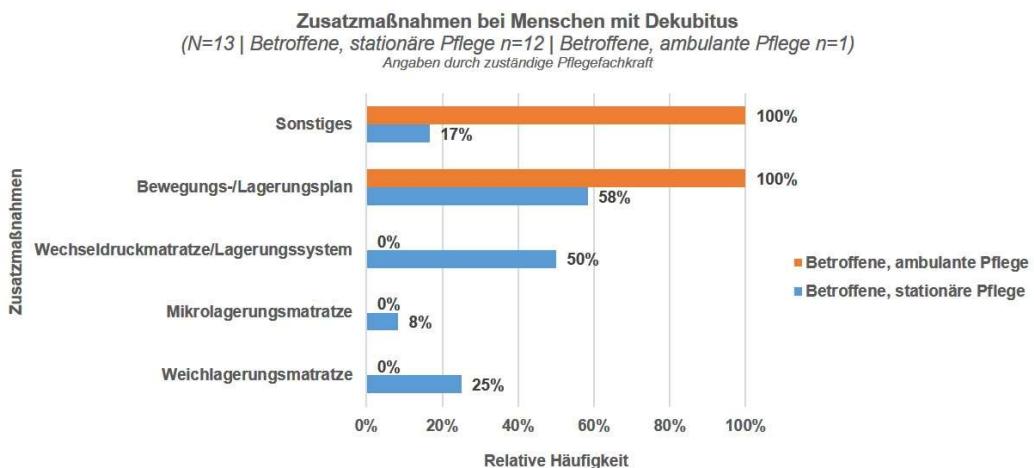


Abbildung 28: Zusatzmaßnahmen bei Menschen mit Dekubitus durch PfK (Betroffene)

Von einem (10 %) Betroffenen^{amb. Pfl.} und 3 (8 %) Patienten^{stat. Pfl.} mit Diabetischem Fußsyndrom erhielten je 100 % einen Verbandschuh. In stationären Pflegeeinrichtungen kamen Rollstühle (67 %, 2), diabetisch adaptierte Schuhe (33 %, 1) und Maßschuhe (33 %, 1) zum Einsatz (s. Abb. 29). Unter „Sonstiges“ wurde ein „orthopädischer Schuh“ aufgezählt.

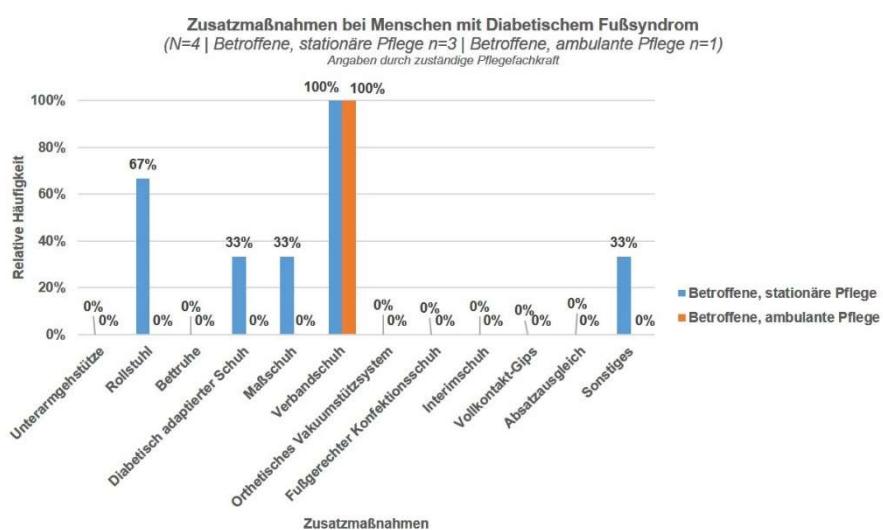


Abbildung 29: Zusatzmaßnahmen bei Menschen mit DFS durch PfK (Betroffene)

8 (80 %) ^{amb. Pfl.} und 22 (59%)^{stat. Pfl.} der Teilnehmer waren von Ulcera crurum betroffen. Spezielle Maßnahmen erhielten sie pflegerischerseits in Form von Wissensweitergabe, wie

5 Ergebnisse

bspw. die Vermeidung hoher Temperaturen ($50\%^{\text{amb. Pfl.}}$, 4; $5\%^{\text{stat. Pfl.}}$, 1), das Tragen von nicht einschnürender Kleidung ($50\%^{\text{amb. Pfl.}}$, 4; $18\%^{\text{stat. Pfl.}}$, 4) und das Tragen von flachem Schuhwerk ($38\%^{\text{amb. Pfl.}}$, 3; $18\%^{\text{stat. Pfl.}}$, 4). Tägliche Fußübungen wurden bei 38 % (3) der Betroffenen in der ambulanten Pflege durchgeführt. Kompressionsverbände erhielten 39 %^{amb. Pfl.} (3) und 14 %^{stat. Pfl.} (3) der Teilnehmenden zumeist mit der Anlagetechnik nach Pütter (s. Abb. 30). Kontrolliertes Gehtraining unter Kompressionstherapie fand in einem Fall ($13\%^{\text{amb. Pfl.}}$) statt. Von Venensport oder manueller Lymphdrainage profitierte keiner der Betroffenen.

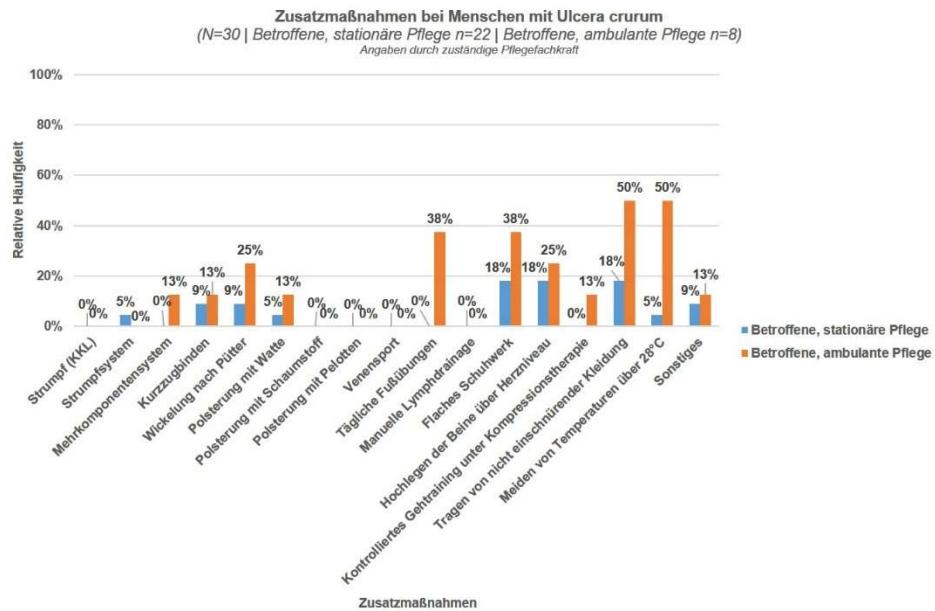


Abbildung 30: Zusatzmaßnahmen bei Menschen mit *Ulcus cruris* durch PfK (Betroffene)

5.3.2 Interprofessionelle Versorgungsrealität

Im Folgenden wird dargestellt, wie sich die interprofessionelle Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden im Saarland gestaltet. Teilweise werden Ergebnisse der Betroffenenbefragung miteinbezogen und mit Auswertungen der Pflegefachkräfte, Pflegedienstleistungen und Hausärzten themenspezifisch in Verbindung gebracht.

Die meisten Betroffenen (55 %, 6), die häusliche Krankenpflege aufgrund ihrer Wunde beanspruchten, wurden zum Zeitpunkt der Erhebung bereits sechs bis zehn Jahre von ihrem Hausarzt betreut. Stationäre Bewohner wiesen eine Patiententreue von mehr als zehn Jahren zu ihrem Hausarzt auf (31 %, 12). Die pflegerische Bindung bestand in der Regel zwischen drei und fünf Jahre ($45\%^{\text{amb. Pfl.}}$, 5; $28\%^{\text{stat. Pfl.}}$, 11) oder auch weniger – dies hing mit dem zunehmenden Lebensalter und den pflegerischen Unterstützungsbedarfen zusammen (s. Abb. 31).

5 Ergebnisse

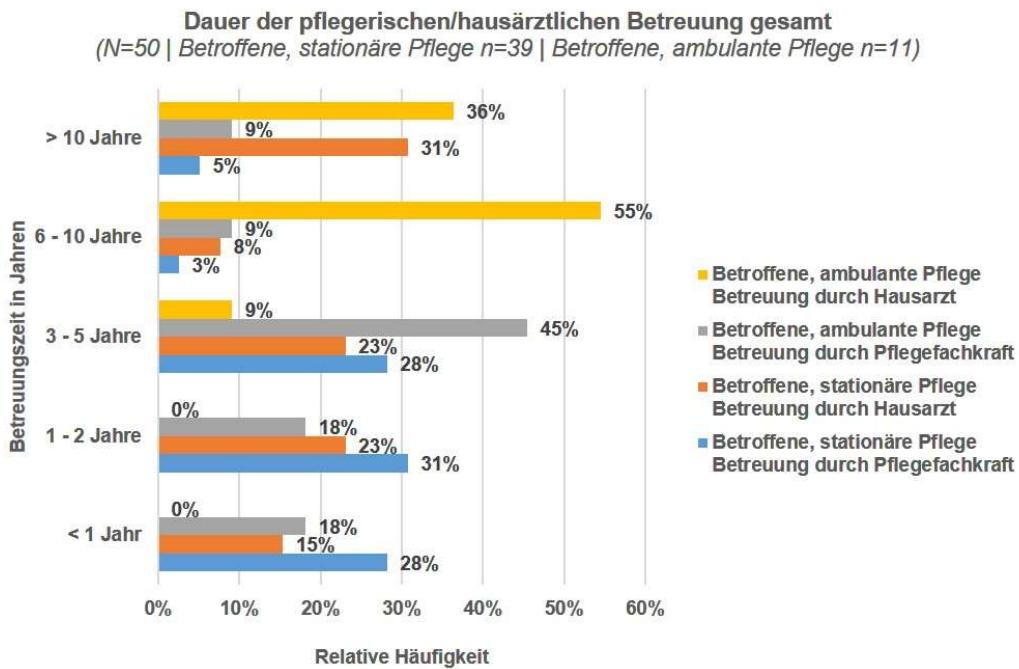


Abbildung 31: Dauer der pflegerischen/hausärztlichen Betreuung (Betroffene)

Betroffene wurden dazu befragt, wie sie die Qualität der pflegerischen und hausärztlichen Wundversorgung einschätzen. 82 %^{amb. Pfl.} (9) und 59 %^{stat. Pfl.} (23) der Teilnehmenden bewerteten die Qualität der pflegerischen Versorgung mit „sehr hoch“, 18 %^{amb. Pfl.} (2) und 33 %^{stat. Pfl.} (13) der Befragten mit „eher hoch“. Heterogener stellte sich die Bewertung der hausärztlichen Wundversorgung dar. Subjektiv empfanden die Betroffenen^{stat. Pfl.} (28 %, 11) die Qualität als „sehr hoch“, die meisten ambulanten Patienten betrachteten die hausärztliche Versorgungsqualität als „eher hoch“ und „gering“ (zu je 27 %, 3) (s. Abb. 32).



Abbildung 32: Qualität der pflegerischen/hausärztlichen Wundversorgung (Betroffene)

Teilnehmende mit chronischer Wunde wurden gefragt, inwieweit Angehörige in die pflegerische und/oder hausärztliche Wundversorgung miteinbezogen werden. Angehörige von Betroffenen der ambulanten Pflege wurden zu 64 % (7) in die medizinische Wundversorgung miteinbezogen (s. Abb. 33). Dies betraf Ehepartner (57 %, 4) und Kinder (43 %, 3). Unter

5 Ergebnisse

„Sonstiges“ nannten Teilnehmer Pflegefachkräfte, Geschwister und Schwiegerkinder. 25 % (1) der ambulant Betroffenen wünscht sich eine Beteiligung am Versorgungsprozess. Dahingegen wurden 85 % (33) der Angehörigen von Betroffenen in stationären Einrichtungen nicht involviert; 82 % (27) der Befragten^{stat. Pfl.} lehnten dies auch ab.

In der pflegerischen Wundversorgung waren 55 % (6) der nahestehenden Personen von Betroffenen^{amb. Pfl.} und 13 % (5) der Angehörigen von Betroffenen^{stat. Pfl.} mit involviert. In der stationären Pflege wurden zumeist Kinder (80 %, 4) und Ehepartner (40 %, 2) miteinbezogen, im ambulanten Setting 50 % (3) Kinder und 33 % (2) Ehepartner. Unter „Sonstige Personen“ wurden Schwiegerkinder genannt. Auch hier lehnten 80 %^{amb. Pfl.} (4) und 79 %^{stat. Pfl.} (27) der Betroffenen den Einbezug von Angehörigen ab.

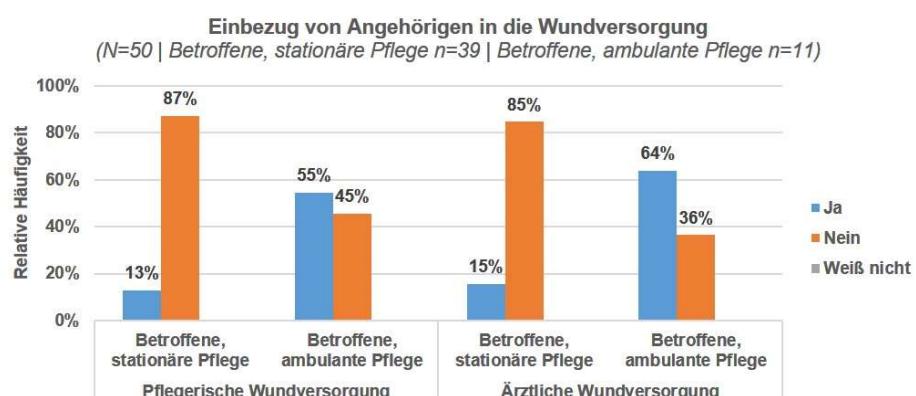


Abbildung 33: Einbezug von Angehörigen in pflegerische/hausärztliche Wundversorgung (Betroffene)

Die zuständigen Pflegefachkräfte erfassten in Teil 2 der Betroffenenbefragung die Störfaktoren, die den Wundheilungsverlauf zur Zeit der Erhebung beeinträchtigten (s. Abb. 34). Mehrheitlich beeinflussten bei 50 %^{amb. Pfl.} (5) und 49 %^{stat. Pfl.} (18) der Teilnehmenden Bewegungsmangel und bei 40 %^{amb. Pfl.} (4) und 41 %^{stat. Pfl.} (15) ein trockener Hautzustand den Heilungsprozess. Des Weiteren behinderten psychische Beeinträchtigungen (20 %^{amb. Pfl.}, 2; 22 %^{stat. Pfl.}, 8) und fehlendes Krankheitsverständnis (30 %^{amb. Pfl.}, 3; 16 %^{stat. Pfl.}, 6) die Wundheilung. Unter „Sonstiges“ gaben die Pflegenden „Ernährung“ (vier Angaben), „allergische Reaktion“, „Juckreiz“ und „Schmerzen“ (mit jeweils einer Nennung) an.

5 Ergebnisse

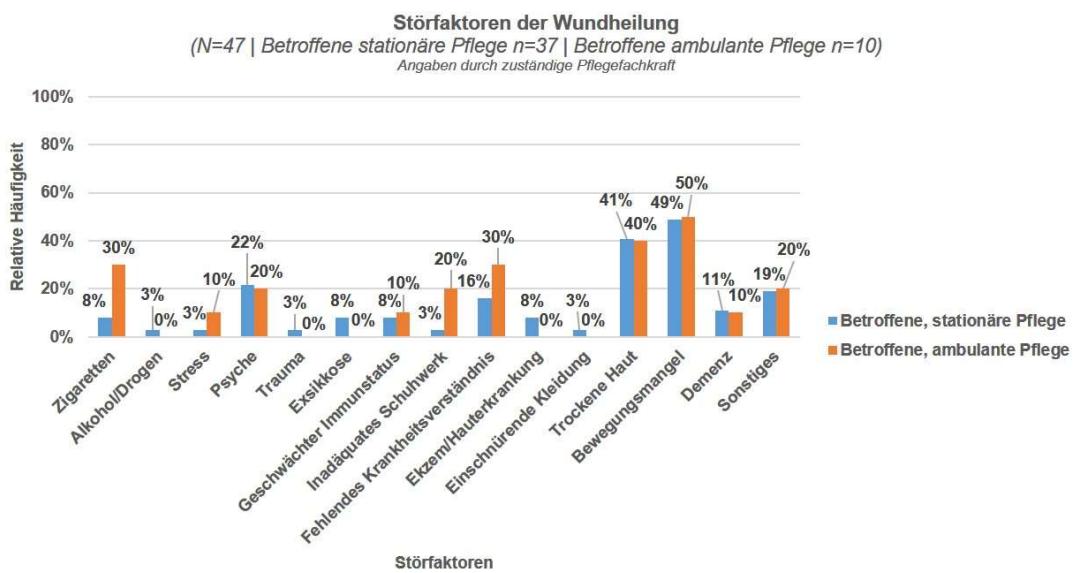


Abbildung 34: Störfaktoren der Wundheilung (Betroffene)

Hinsichtlich potenzieller wund- und therapiebedingter Einschränkungen konnten Betroffene angeben, zu welchen Inhalten Gespräche mit ihrer Pflegefachkraft und/oder mit ihrem Hausarzt stattfanden. Mehrheitlich wurden den Teilnehmenden der ambulanten Pflege Inhalte zu Bewegungseinschränkungen (82 %, 9), Schmerzen und Juckreiz zu je 73 % (8) vermittelt. Auch in der stationären Pflege nahmen die Themen Schmerz (74 %, 29), Bewegung (64 %, 25), Jucken und Sorgen (je 54 %, 21) einen hohen Stellenwert ein. Betrachtet man die hausärztlichen Gesprächsinhalte, wird deutlich, dass Betroffene, die in ihrer Häuslichkeit leben, mehr Informationen bekamen als Menschen in einer stationären Pflegeeinrichtung, was beispielsweise bei den Themen Bewegungseinschränkungen (45 %^{amb. Pfl.}, 5 versus 10 %^{stat. Pfl.}, 4) und Schmerz (45 %^{amb. Pfl.}, 5 versus 31 %^{stat. Pfl.}, 12) ersichtlich wird (s. Abb. 35).

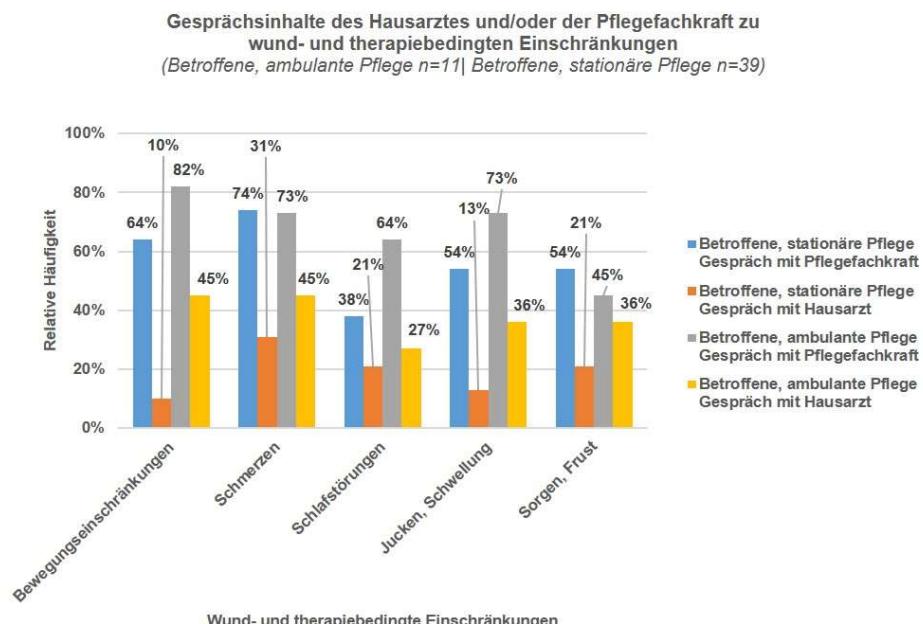


Abbildung 35: Gesprächsinhalte zu wund- und therapiebedingten Einschränkungen (Betroffene)

5 Ergebnisse

Selbstständig mobil waren 50 % (5) der Teilnehmenden^{amb. Pfl.} und 24 % (9) der Betroffenen^{stat. Pfl.}. Eine eingeschränkte Mobilität wiesen 40 %^{amb. Pfl.} (4) und 43 %^{stat. Pfl.} (6) der Befragten nach (s. Abb. 36).

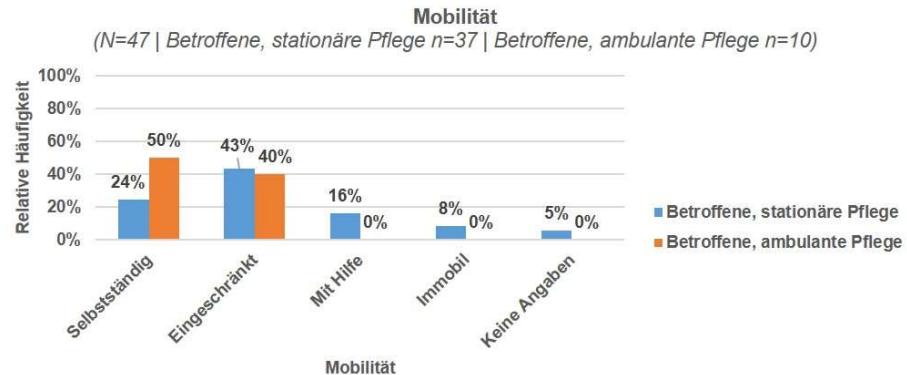


Abbildung 36: Mobilität (Betroffene)

Knapp 70 % der Pflegefachkräfte (31^{amb. Pfl.}, 208^{stat. Pfl.}) und 100 % (10) der teilnehmenden Hausärzte gaben an, Betroffene hinsichtlich ihrer Mobilitäts- und Aktivitätseinschränkungen zu informieren (s. Abb. 37). Der Aspekt der Anleitung fand hingegen weniger Betrachtung. Vor allem Angehörige wurden kaum angeleitet, um regelmäßige Bewegungsübungen zu erlernen, damit die Wundheilung gefördert und Rezidive präventiv vermieden werden (44,4 %PfK^{amb. Pfl.}, 20; 14,6 %PfK^{stat. Pfl.}, 45; 50 %HA, 5).

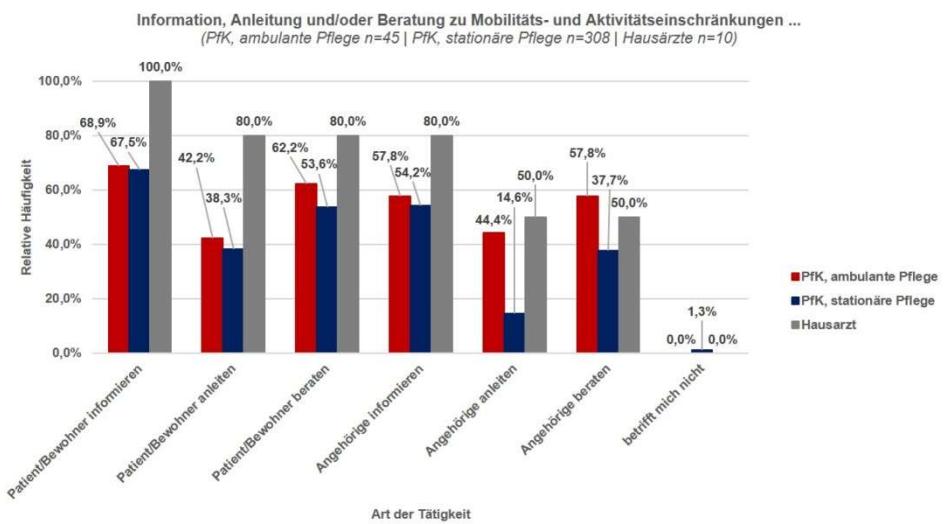


Abbildung 37: Information, Anleitung, Beratung zu Mobilität und Aktivität

Schmerz als wundbedingte Einschränkung wurde von fast der Hälfte der Betroffenen angegeben. 40 % (4) der Patienten im häuslichen Umfeld und 46 % (17) der Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen bekundeten Wundscherzen (s. Abb. 38).

5 Ergebnisse

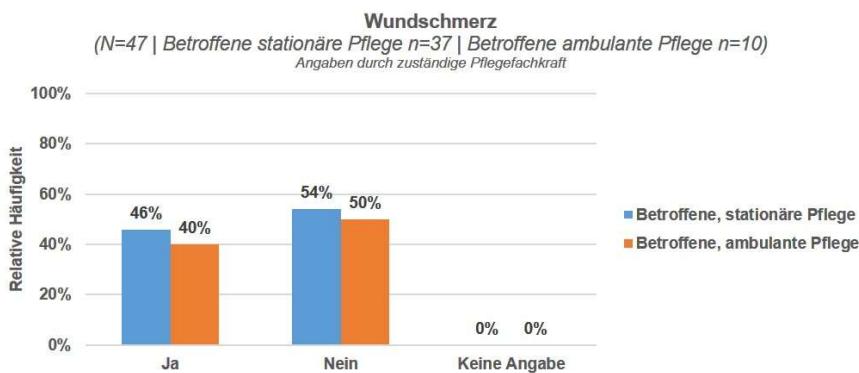


Abbildung 38: Schmerzstatus (Betroffene)

Von den betroffenen Patienten gaben 88 % (15) der Teilnehmenden in Pflegeeinrichtungen an, während des Verbandwechsels Schmerzen zu verspüren. Hingegen äußerten 75 % (3) der Teilnehmer, auch ambulant kontinuierlich Schmerzen zu empfinden (s. Abb. 39).

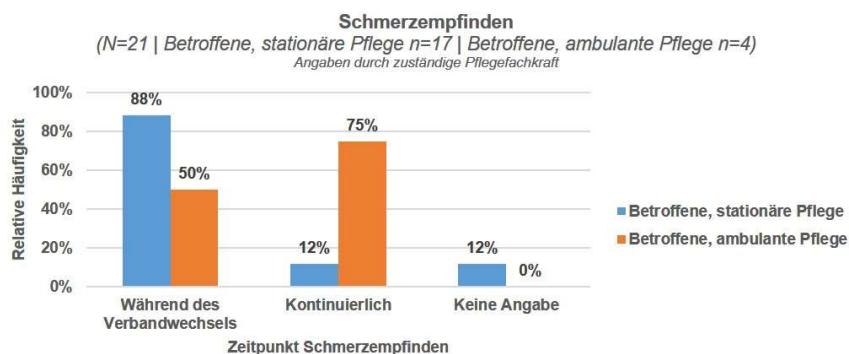


Abbildung 39: Zeitpunkt Wundscherz (Betroffene)

Mehr als die Hälfte der Betroffenen bekam bei Bedarf Analgetika von ihrem Hausarzt verordnet (50 %^{amb. Pfl.} 5; 65 %^{stat. Pfl.} ,24).

Im Mittelpunkt der pflegerischen und ärztlichen Versorgung stand die Thematik Schmerzempfinden. Über 80 % (80 % PfK^{amb. Pfl.} , 36; 81,5 % PfK^{stat. Pfl.}, 251; 80 % HA, 8) kamen ihrer Informationspflicht nach, und über 60 % führten mit Betroffenen Beratungsgespräche (66,7 % PfK^{amb. Pfl.} , 30; 62 % PfK^{stat. Pfl.}, 191; 70 % HA, 7). Auch Angehörige wurden verstärkt miteinbezogen. Anleitungssituationen hingegen wurden in allen Gruppen in geringerem Maße durchgeführt (s. Abb. 40).

5 Ergebnisse

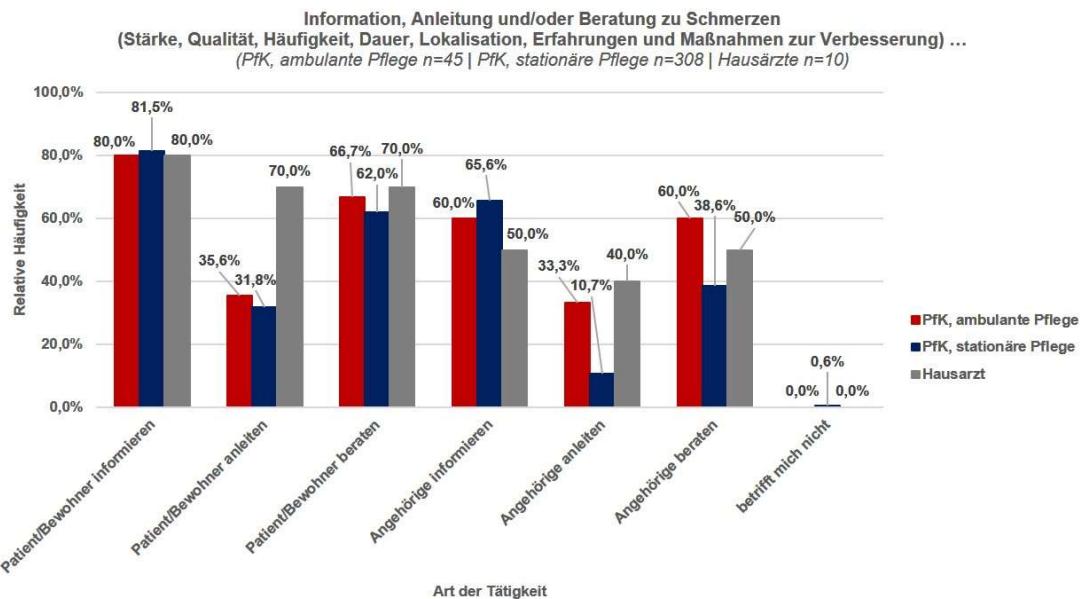


Abbildung 40: Information, Anleitung, Beratung zu Schmerz

Um bei Menschen mit chronischen Wunden das Schmerzempfinden zu klassifizieren, nutzten Pflegefachkräfte überwiegend die Numerische Rating Skala (NRS) (51,1 %^{amb. Pfl.}, 23; 67,5 %^{stat.. Pfl.}, 208). Unter „Sonstiges“ gaben 12 Fachkräfte „Beurteilung von Schmerzen bei Demenz (BESD)“ an, einer „Zurich Observation Pain Assessment (ZOPA)“ und eine Angabe bezeichnete ein Softwaretool. Hausärzte verwendeten am häufigsten die Visuelle Analogskala (20 %, 2) (s. Abb. 41).

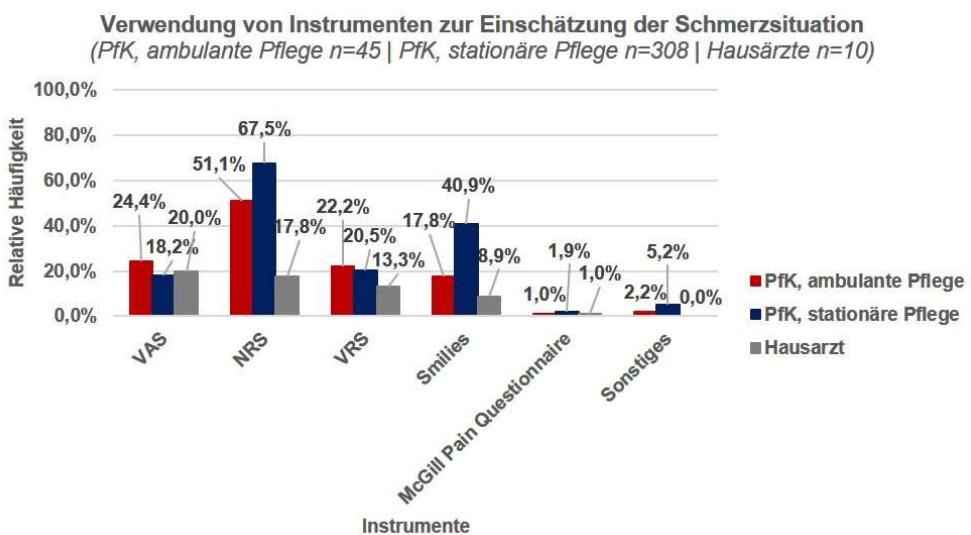


Abbildung 41: Instrumente zur Schmerzerfassung

Bei der Befragung der Betroffenen waren Schlafstörungen eher weniger Gesprächsinhalte seitens der Professionellen. Teilnehmende Pflegefachkräfte äußerten mehrheitlich, Patienten darüber zu informieren (51,1 %^{amb. Pfl.}, 23; 67,5 %^{stat. Pfl.}, 208) und zu beraten (51,1 %^{amb. Pfl.}, 23; 67,5 %^{stat. Pfl.}, 208). Hausärzte waren der Meinung, alle Patienten zu dieser Einschränkung zu beraten (100 %, 10) (s. Abb. 42).

5 Ergebnisse

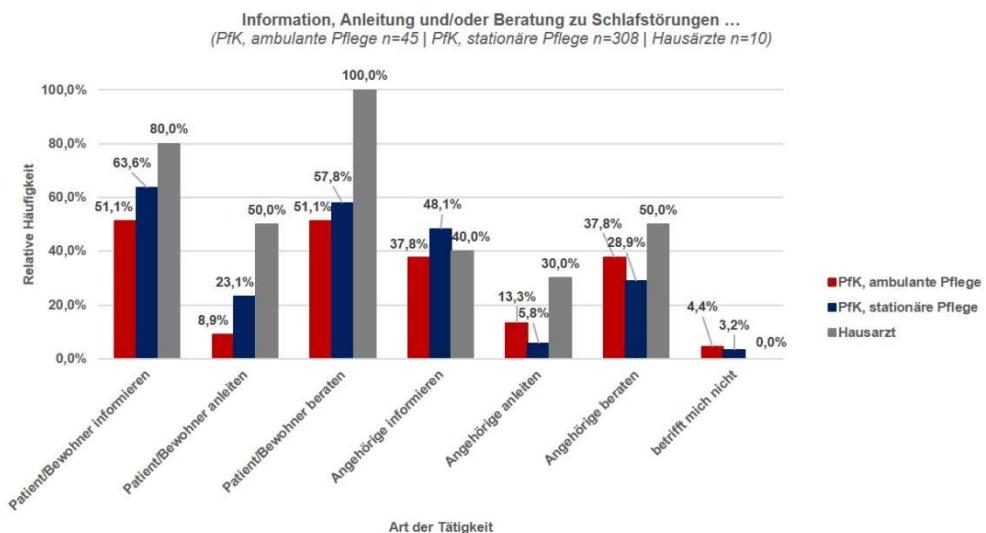


Abbildung 42: Information, Anleitung, Beratung zu Schlafstörungen

Für Patienten und ggf. deren Angehörige kann es von Bedeutung sein, Maßnahmen umsetzen zu können, die zur Linderung von Juckreiz und Schwellungen der Beine beitragen. Betrachtet man die Abbildung 43, so zeigt sich, dass diesem Gesichtspunkt in der bisherigen Arbeit mit Patienten, außer in Informationsgesprächen, eine eher geringere Priorität zukam. 28,9 % (13) der PfK^{amb.} Pfl., 30,8 % (95) der PfK^{stat.} Pfl. und 60 % (6) der HA setzten diesen Beratungsaspekt durch Anleitung um.

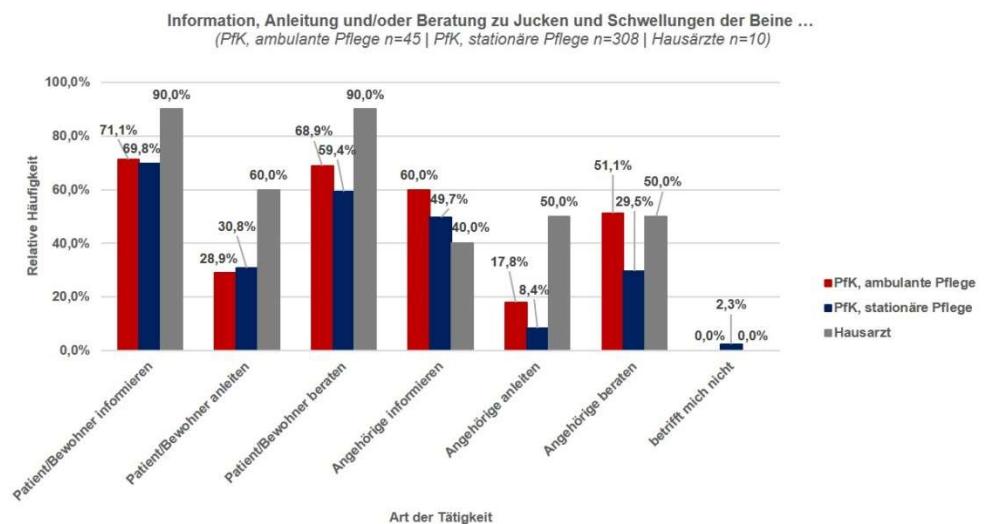


Abbildung 43: Information, Anleitung, Beratung zu Schlafstörungen

Menschen mit chronischen Wunden können durch den langwierigen Heilungsverlauf in ihrem psychischen Erleben eingeschränkt sein. Abbildung 44 verdeutlicht, dass Körperbildstörungen, Schamgefühle, Angst u. a. seitens der Professionellen häufig in Beratungsgesprächen thematisiert werden (55,6 % PfK^{amb.} Pfl., 25; 62,3 % PfK^{stat.} Pfl., 192; 90 % HA, 9).

5 Ergebnisse

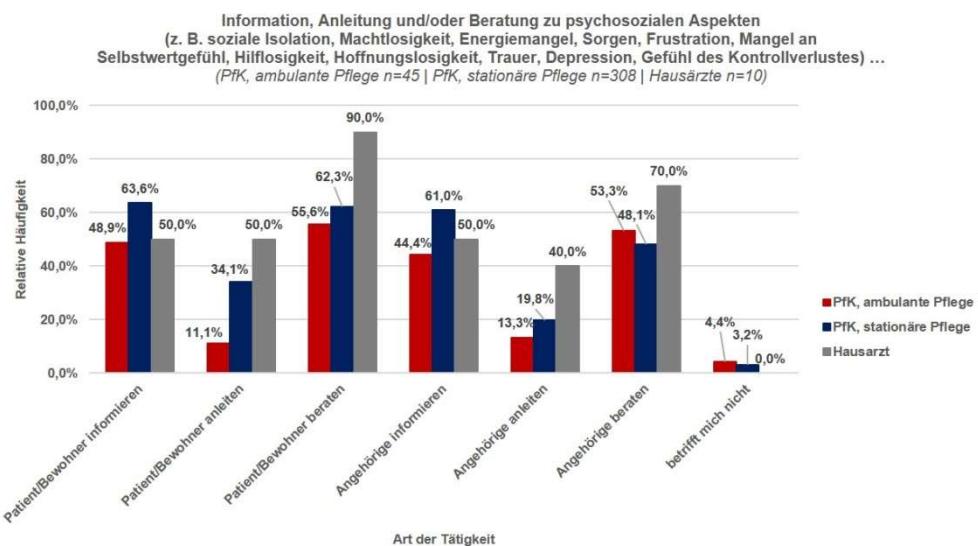


Abbildung 44: Information, Anleitung, Beratung zu psychosozialen Aspekten

Um die Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden interprofessionell bewerkstelligen zu können, empfiehlt der Expertenstandard „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“ eine intra- und interprofessionelle Verfahrensregelung. Pflegedienstleistungen (67 %^{amb. Pfl.}, 10; 79 %^{stat. Pfl.}, 23) etablierten solch ein Instrument in ihrer Einrichtung. Dies unterstützten die mitarbeitenden Examinierten. 71,1 % (32)^{amb. Pfl.} und 79,5 % (245)^{stat. Pfl.} der teilnehmenden Pflegefachkräfte hatten Kenntnis von einem solchen Dokument. 70 % (7) der befragten Hausärzte gaben an, solch ein Regelwerk in 70 % in stationären Pflegeeinrichtungen und in 60 % der ambulanten Dienste vorzufinden.

In Teil 2 der Patientenbefragung wurden die zuständigen Pflegefachkräfte nach dem Vorhandensein einer vorausschauenden Wundtherapieplanung gefragt. In der Hälfte der Fälle (50 %, 5^{amb. Pfl.}; 49 %, 18^{stat. Pfl.}) lag eine Therapieplanung vor (s. Abb. 45).

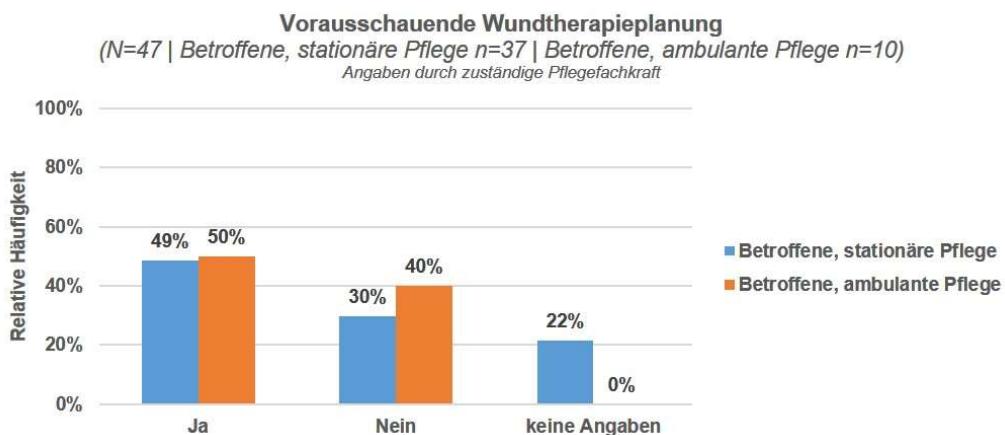


Abbildung 45: Vorausschauende Wundtherapieplanung (Betroffene)

Bei der Stichtagserhebung mit teilnehmenden Pflegedienstleistungen ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtung zeichnete sich ein konträres Bild ab. In 80 %^{amb. Pfl.} (12), und 55 %^{stat. Pfl.} (16) existierte in der Versorgungsgruppe von Menschen mit chronischen Wunden

5 Ergebnisse

bis dato keine vorausschauende Wundtherapieplanung mit dem betreuenden Hausarzt (s. Abb. 46).

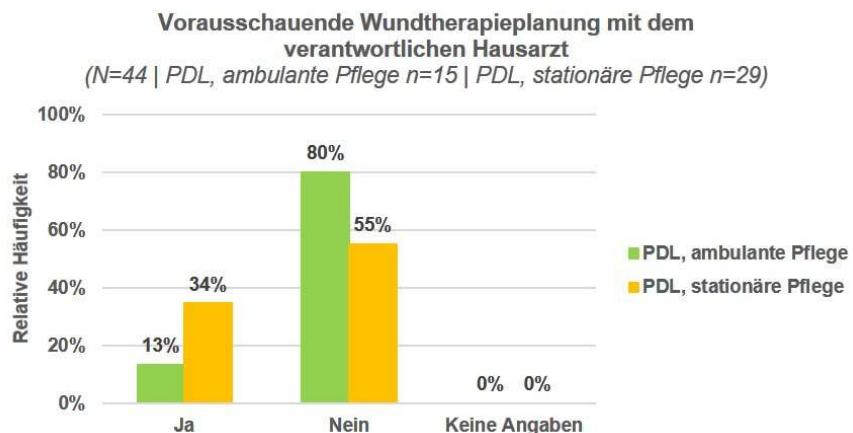


Abbildung 46: Wundtherapieplanung (PDL)

Die Wunddokumentation als Instrument zur Ersteinschätzung der Wunde und der Erfassung des Heilungsverlaufs wurde nach Angaben der zuständigen Pflegefachkräfte der teilnehmenden Betroffenen zu 80 % (8) in der ambulanten Pflege und zu 51 % (19) in der stationären Pflege papiergestützt vorgenommen. In 49 % (18) der stationären Einrichtungen ist man auf EDV-Software umgestiegen, 10 % (1) der Befragten aus dem ambulanten Setting konnten dazu keine Angaben machen.

In der Regel, so die befragten Pflegedienstleitungen ambulanter Dienste, verliefen die Kommunikationswege mit dem Hausarzt zu 93 % (14) per Telefon, zu 47 % (7) persönlich oder zu 40 % (6) per Fax. Per E-Mail kommunizierten lediglich 7 % (1). Im stationären Bereich gaben die Leitungskräfte hingegen zu 86 % (25) an, sich persönlich auszutauschen, in 83 % (24) per Telefon, zu 59 % (17) per Fax und zu 7 % (2) per E-Mail.

Um eine standardisierte Kommunikation über das allgemeine und wundspezifische Assessment durchführen zu können, bedarf es Instrumente. Alle Professionellen wurden diesbezüglich befragt (s. Abb. 47). Größtenteils existierten solche zielgruppenspezifischen Einschätzinstrumente (71,1 % PfK^{amb. Pfl.}, 32; 73,1 % PfK^{stat. Pfl.}, 225; 80 % PDL^{amb. Pfl.}, 12; 86 % PDL^{stat. Pfl.}, 25; 70 % HA, 7).

5 Ergebnisse

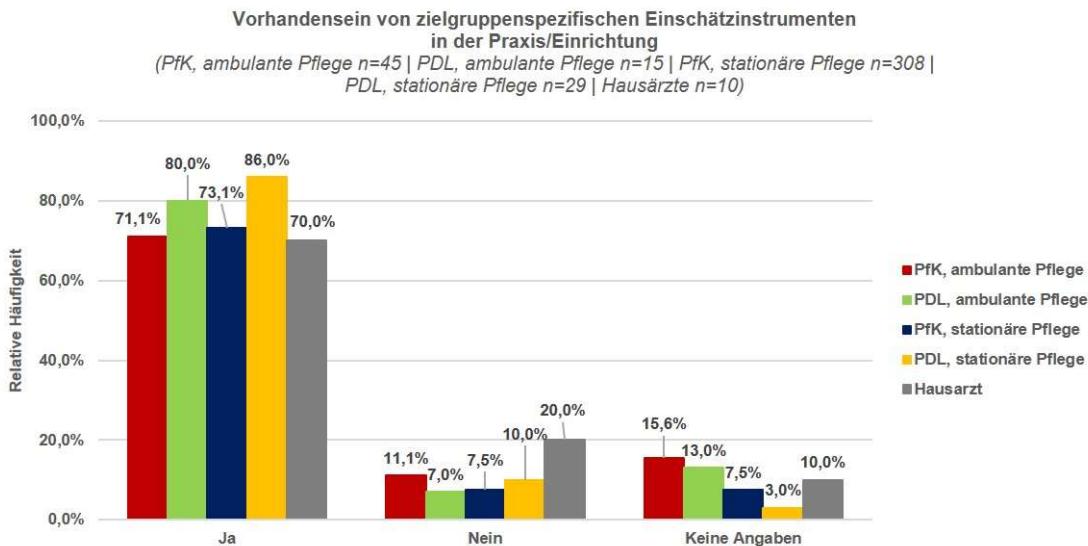


Abbildung 47: Zielgruppenspezifische Einschätzinstrumente

Krankheitsspezifische Klassifikationen helfen Professionellen dabei, wundbezogene Diagnosen zu dokumentieren. Untersucht wurden Pflegefachkräfte und Hausärzte hinsichtlich des Einsatzes unterschiedlicher Klassifikationssysteme in ihrem Arbeitskontext.

Bestand eine chronisch venöse Insuffizienz bei Menschen mit chronischen Wunden, verwendeten 20 % (2) der Hausärzte die Klassifikation nach Widmer/Marshall.

Überwiegend war dieses Instrument jedoch in der Pflege (33,3 % PfK^{amb. Pfl.}, 15; 40,6 % PfK^{stat. Pfl.}, 125) und bei Hausärzten (50 %, 5) nicht bekannt (s. Abb. 48).

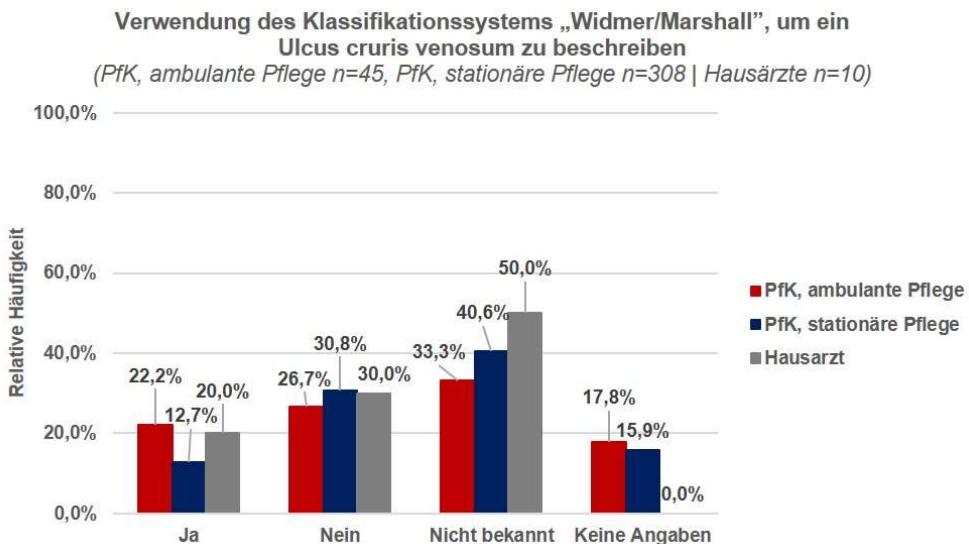


Abbildung 48: Klassifikation nach Widmer/Marshall

Die Stadien-Einteilung nach Fontaine, mit der Menschen mit peripherer arterieller Verschlusskrankheit und einem Ulcus eingestuft werden können, war Hausärzten zu 100 % (10) geläufig (s. Abb. 49). Auch 42,2 % (19) der Pflegefachkräfte^{amb. Pfl.} machten sich dieses System zunutze. Dagegen verwendeten Pflegende aus dem stationären Kontext das

5 Ergebnisse

Klassifikationssystem nicht (28,9 %, 89), oder es war ihnen bis dato nicht bekannt (38,6 %, 119).

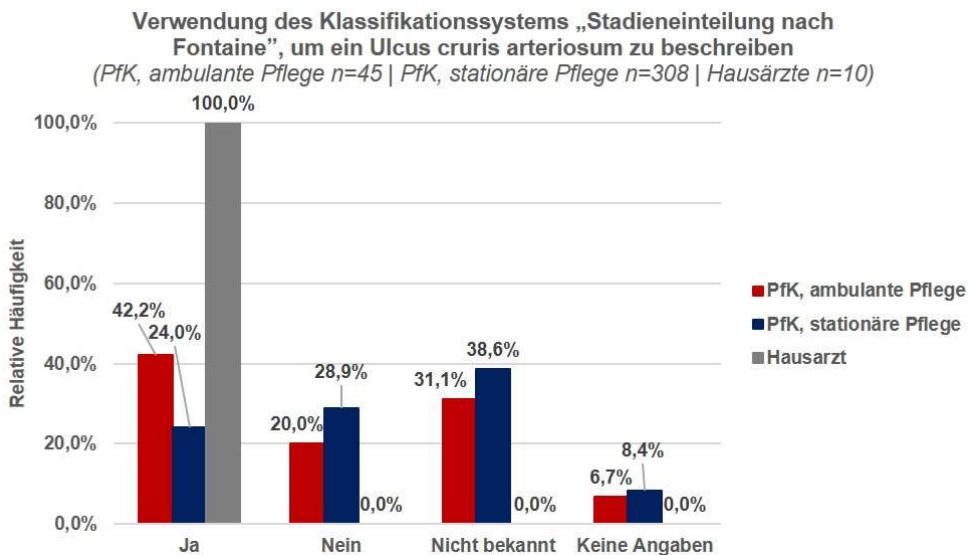


Abbildung 49: Klassifikation nach Fontaine

Wenn es um die Beschreibung eines Dekubitus und dessen Zuordnung in eine Gradeinteilung geht, so zeigt das Ergebnis ganz deutlich: Das European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) ist bei Professionellen sehr populär. 80 %^{amb. Pfl.} (36), 75,5%^{stat. Pfl.} (233) der Pflegefachkräfte und 80 % (8) der Hausärzte verwendeten dieses Einstufungsinstrument (s. Abb. 50).

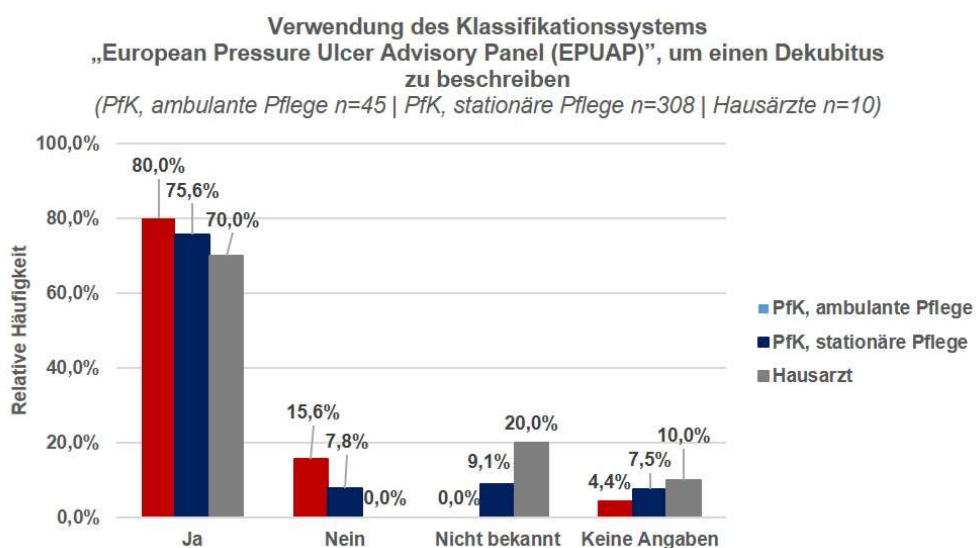


Abbildung 50: Klassifikation nach EPUAP

In der Versorgung von Betroffenen, die an einem Diabetischen Fußsyndrom leiden, verhilft die Klassifikation nach Wagner/Armstrong zu einer standardisierten Kommunikation. Dieses Instrument war Pflegenden mehrheitlich nicht bekannt (35,6 % PfK^{amb. Pfl.}, 16; 35,7 % PfK^{stat. Pfl.}, 110) oder sie verwendeten es nicht (26,7 % PfK^{amb. Pfl.}, 12; 29,5 % PfK^{stat. Pfl.}, 91). Hausärzte hingegen setzten dieses System zu 70 % (7) in ihrem Praxisalltag ein (s. Abb. 51).

5 Ergebnisse

Verwendung des Klassifikationssystems „Klassifikation nach Wagner/Armstrong“, um ein Diabetisches Fußsyndrom beschreiben zu können

(PfK, ambulante Pflege n=45 | PfK, stationäre Pflege n=308 | Hausärzte n=10)

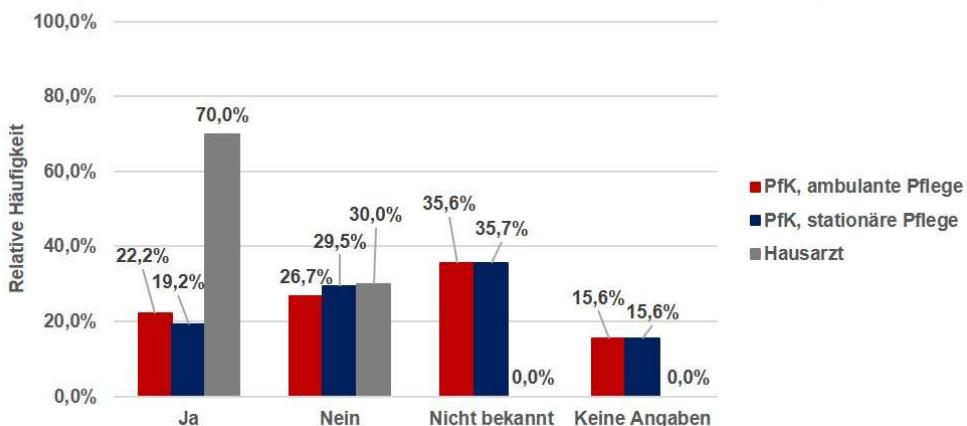


Abbildung 51: Klassifikation nach Wagner/Armstrong

Analysiert man den Anteil von Professionellen, die im vergangenen Jahr an Schulungs- und Fortbildungsangeboten zum Umgang mit Einschätzungsinstrumenten teilgenommen haben, so wird ersichtlich, dass mehr als die Hälfte der Befragten dazu keinen theoretischen Input hatte (s. Abb. 52). 90 % (9) Hausärzte, 55,6 %^{amb. Pfl.} (25) und 52,9 %^{stat. Pfl.} (163) der Pflegefachkräfte beantworteten diese Frage mit „Nein“.

Umgang mit Einschätzungsinstrumenten Teilnahme und Bedarf an Schulungs- und Fortbildungsmaßnahmen

(PfK, ambulante Pflege n=45 | PfK, stationäre Pflege n=308 | Hausärzte n=10)

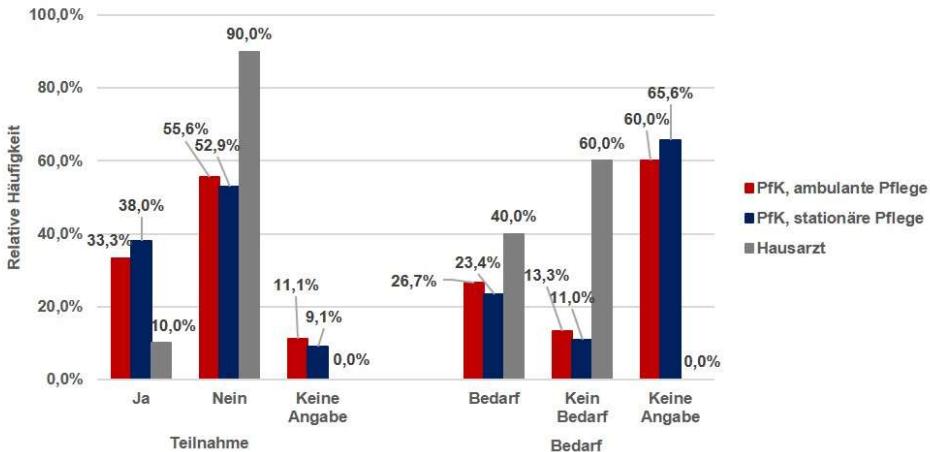


Abbildung 52: Umgang mit Einschätzungsinstrumenten – Teilnahme und Bedarf an Schulung und Fortbildung

Bei der Stichtagserhebung konnten Pflegedienstleitungen angeben, welche Schulungs- und Fortbildungsangebote sie ihren Mitarbeitern im vorhergehenden Jahr angeboten hatten und worin sie weiteren Bedarf sehen. Zum Themenfeld „Einschätzung von wund- und therapiebedingten Einschränkungen“ hatten 66 %^{amb. Pfl.} (10) und 76 %^{stat. Pfl.} (22) der Leitungskräfte Schulungsmaßnahmen angeboten (s. Abb. 53). Abbildung 54 verdeutlicht, dass das Management mehrheitlich weiteren Fortbildungsbedarf sieht (80 % PDL^{amb. Pfl.}, 12; 86 % PDL^{stat. Pfl.}, 25).

5 Ergebnisse

Haben Sie Ihren Mitarbeitern in den letzten 24 Monaten – durch interne oder externe Experten – eine Fortbildung zu: „Einschätzung von wund- und therapiebedingten Einschränkungen“ angeboten? (N= 44)

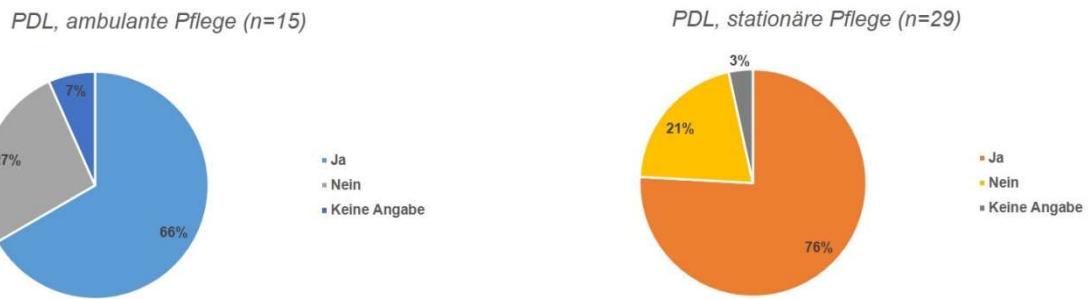


Abbildung 53: Fortbildungsangebot zu „Einschätzung von wund- und therapiebedingten Einschränkungen“ (PDL)

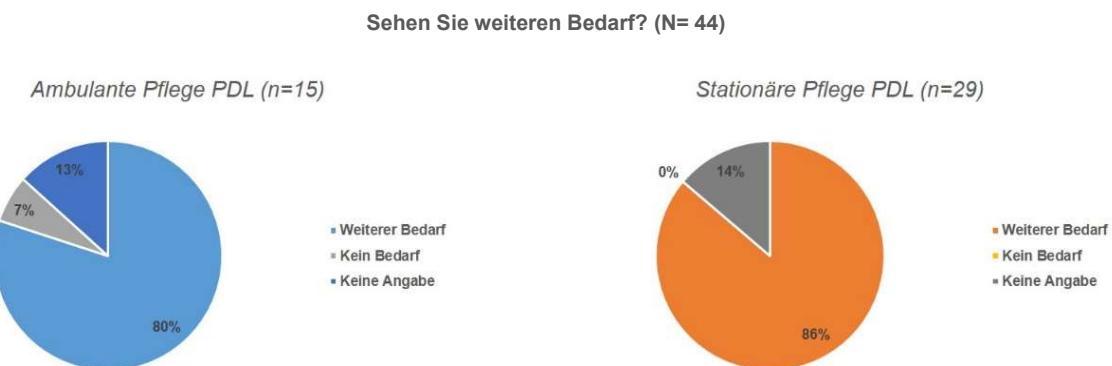


Abbildung 54: Fortbildungsbedarf zu „Einschätzung von wund- und therapiebedingten Einschränkungen“ (PDL)

Nur wenige Pflegefachkräfte (28,9 %^{amb. Pfl.}, 13; 21,4 %^{stat. Pfl.}, 66) und Hausärzte (30 %, 3) nahmen an Schulungs- und Fortbildungsmaßnahmen zu dem Thema Bewegungsförderung teil (s. Abb. 55). Hausärzte (60 %, 6) sahen für sich auch keinen weiteren Bedarf, wobei 28,9 %^{amb. Pfl.} (13) und 25,3 %^{stat. Pfl.} (78) der Pflegefachkräfte sich Schulungen zu Präventionsmaßnahmen wünschten.

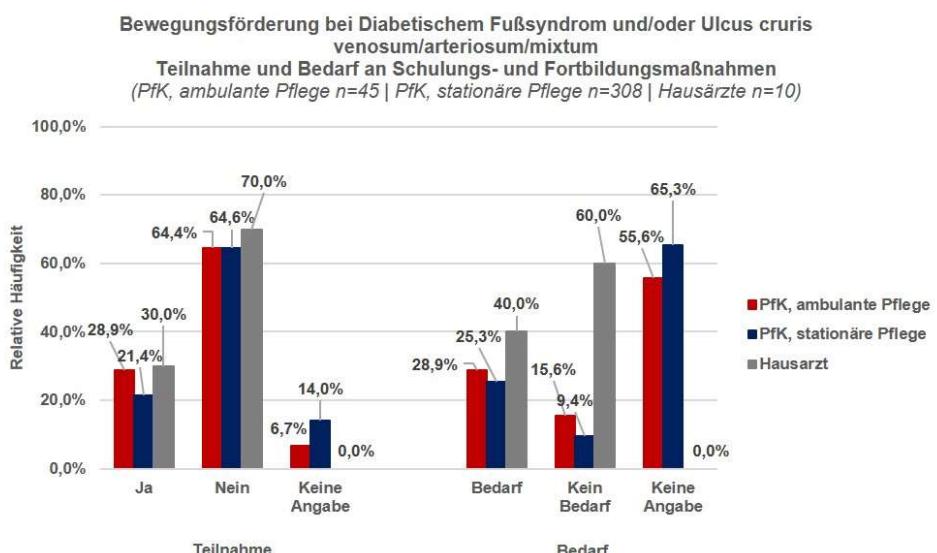


Abbildung 55: Bewegungsförderung bei DFS, UCV, UCA, UCM – Teilnahme und Bedarf an Schulung und Fortbildung

5 Ergebnisse

Angebote zum Thema Schmerz wurden von 31,1 % PfK^{amb. Pfl.} (14), 59,4 % PfK^{stat. Pfl.} (183) und 60 % HA (6) wahrgenommen. Dieses Phänomen scheint in der Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden prioritär zu sein (s. Abb. 56). 90 % der Hausärzte geben an, keinen weiteren Bedarf für sich zu deklarieren, Pflegefachkräfte hingegen schon (33,3 %^{amb. Pfl.}, 15; 17,2 %^{stat. Pfl.}, 53).

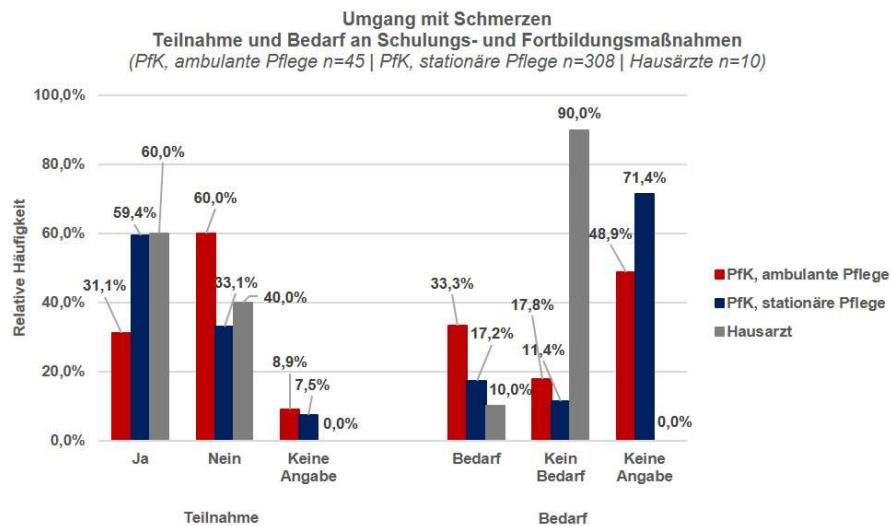


Abbildung 56: Umgang mit Schmerzen – Teilnahme und Bedarf an Schulung und Fortbildung

Das Management ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen gab an, vor allem Fortbildungen zu „Krankheitsspezifische Maßnahmen zur Behandlung wundbedingter Einschränkungen“ angeboten zu haben (66 % PDL^{amb. Pfl.}, 10; 59 % PDL^{stat. Pfl.}, 17). Zum Großteil sahen sie auch weiteren Bedarf (80 % PDL^{amb. Pfl.}, 12; 79 % PDL^{stat. Pfl.}, 23). Detaillierte Angaben dazu sind in den Abbildungen 57 und 58 dargestellt.

Haben Sie Ihren Mitarbeitern in den letzten 24 Monaten – durch interne oder externe Experten – eine Fortbildung zu: „Krankheitsspezifische Maßnahmen zur Behandlung wundbedingter Einschränkungen“ angeboten? (N= 44)

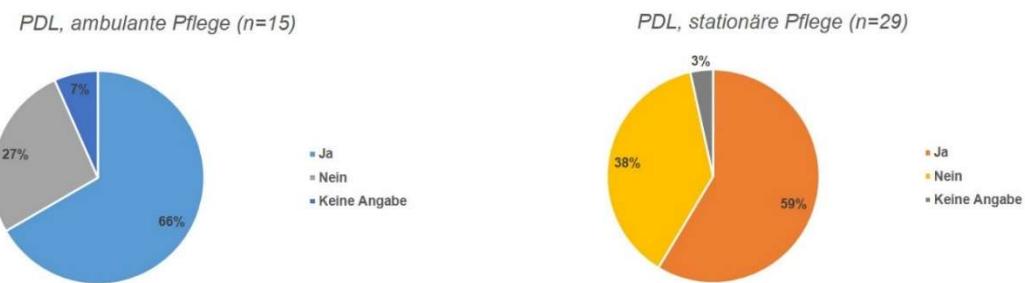


Abbildung 57: Fortbildungsangebot zu „Krankheitsspezifische Maßnahmen zur Behandlung wundbedingter Einschränkungen“ (PDL)

5 Ergebnisse

Sehen Sie weiteren Bedarf? (N= 44)

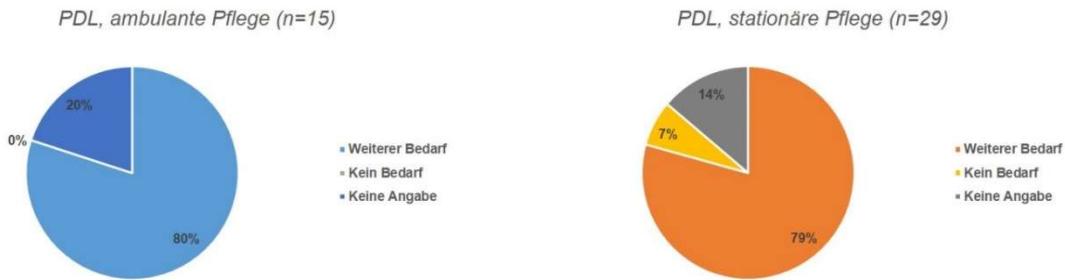


Abbildung 58: Fortbildungsbedarf zu „Krankheitsspezifische Maßnahmen zur Behandlung wundbedingter Einschränkungen“ (PDL)

Bei der Auswertung der Inhalte, inwieweit Professionelle Betroffene mit chronischen Wunden informieren, anleiten und/oder beraten, stellte sich heraus, dass Anleitungssituationen und Beratungsgespräche eher weniger durchgeführt wurden. Betrachtet man die Thematik der Gesprächsführung als Schulungsinhalt, so zeigt sich, dass Pflegefachkräfte^{amb. Pfl.} (75,6 %, 34), Pflegende^{stat. Pfl.} (73,7 %, 227) und Hausärzte (70 %, 7) mehrheitlich nicht an solchen Angeboten teilnahmen (s. Abb. 59).

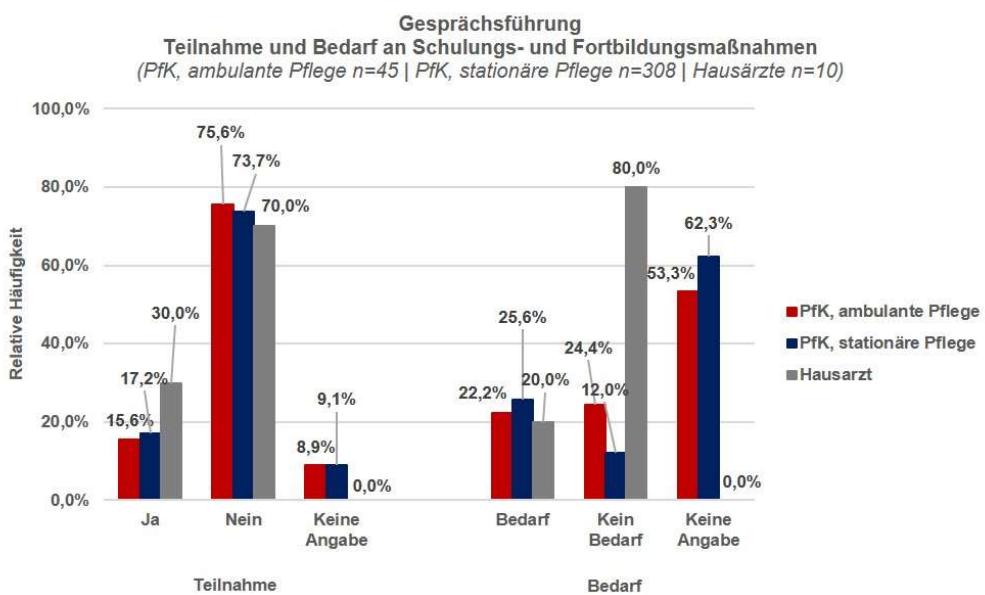


Abbildung 59: Gesprächsführung – Teilnahme und Bedarf an Schulung und Fortbildung

Dies entspricht auch den Angaben der Pflegedienstleitungen. Fortbildungen zu „Beratung, Schulung und Anleitung sowie Förderung des gesundheitsbezogenen Selbstmanagements“ wurden kaum angeboten (s. Abb. 60 und 61). 80 % (12) der Leitungen ambulanter Dienste und 76 % (22) des Managements stationärer Einrichtungen gaben an, diese Thematik nicht angeboten zu haben, obwohl sie großen Bedarf sahen (60 % PDL^{amb. Pfl.}, 9; 69 % PDL^{stat. Pfl.}, 20).

5 Ergebnisse

Haben Sie Ihren Mitarbeitern in den letzten 24 Monaten – durch interne oder externe Experten – eine Fortbildung zu: „Beratung, Schulung und Anleitung sowie Förderung des gesundheitsbezogenen Selbstmanagements“ angeboten? (N= 44)

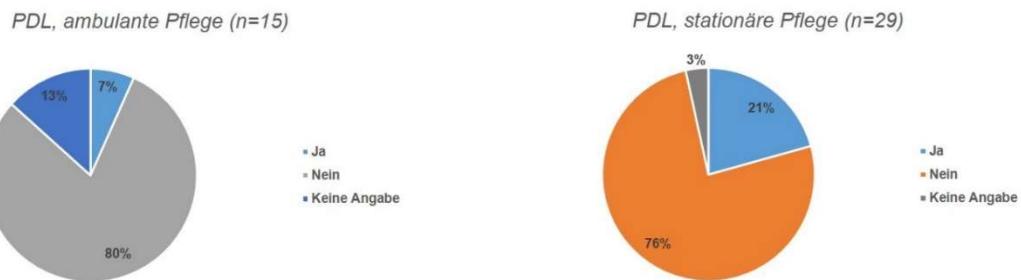


Abbildung 60: Fortbildungsangebot zu „Beratung, Schulung und Anleitung sowie Förderung des gesundheitsbezogenen Selbstmanagements“ (PDL)

Sehen Sie weiteren Bedarf? (N= 44)



Abbildung 61: Fortbildungsbedarf zu „Beratung, Schulung und Anleitung sowie Förderung des gesundheitsbezogenen Selbstmanagements“ (PDL)

Materialien zu Beratung, Schulung und Anleitung wurden jedoch von allen pflegerischen Einrichtungen zum Großteil bereitgestellt (s. Abb. 62). 50 % (5) der befragten Hausärzte hielten solche Materialien nicht vor, hingegen verfügten 60 %^{amb. Pfl.} (9) und 66 %^{stat. Pfl.} (19) der Leitungen pflegerischer Einrichtungen darüber. Dies unterstützt die Aussagen der Pflegefachkräfte (66,7 % PfK^{amb. Pfl.}, 30; 57,1 % PfK^{stat. Pfl.}, 176).

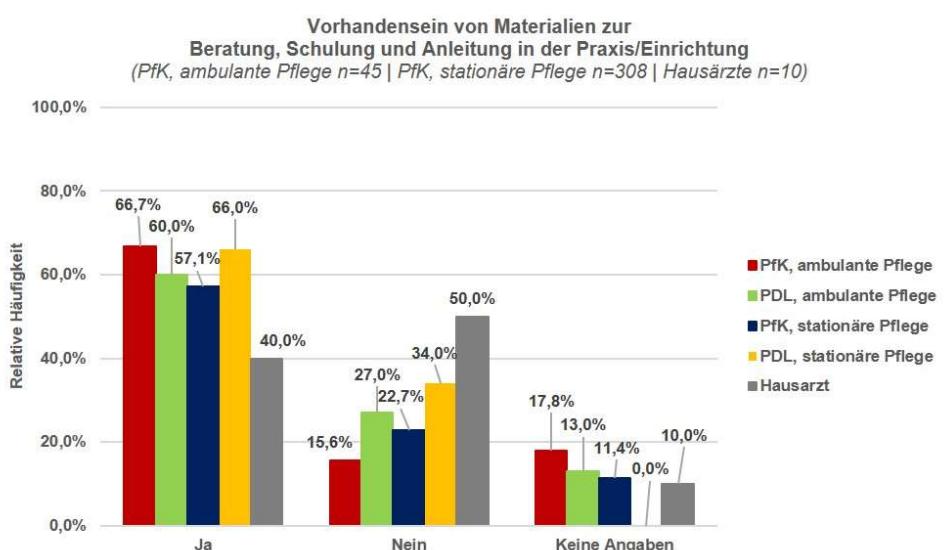


Abbildung 62: Beratungs-, Schulungs- und Anleitungsmaterialien in Einrichtungen

5 Ergebnisse

Pflegedienstleitungen wurden gebeten, anzugeben, von wem die Schulungs- und Fortbildungsmaßnahmen durchgeführt werden, denn schließlich sollten ihre pflegerischen Mitarbeiter Betroffene in ihrem Lebenskontext beraten, schulen und anleiten können. Mehrheitlich wurde diese Aufgabe von externen Wundmanagern (53 % PDL^{amb. Pfl.}, 8; 62 % PDL^{stat. Pfl.}, 18) ausgeführt, gefolgt von Vertretern von Home-Care-Unternehmen (60 % PDL^{amb. Pfl.}, 9; 48 % PDL^{stat. Pfl.}, 14). Unter „Sonstiges“ waren Praxisanleiter (eine Nennung), externe Anbieter und Pflegedienstleitungen (mit je zwei Nennungen), Lehrer für Gesundheitsfachberufe, Podologen und Physiotherapeuten (mit je einer Angabe) vertreten (s. Abb. 63).

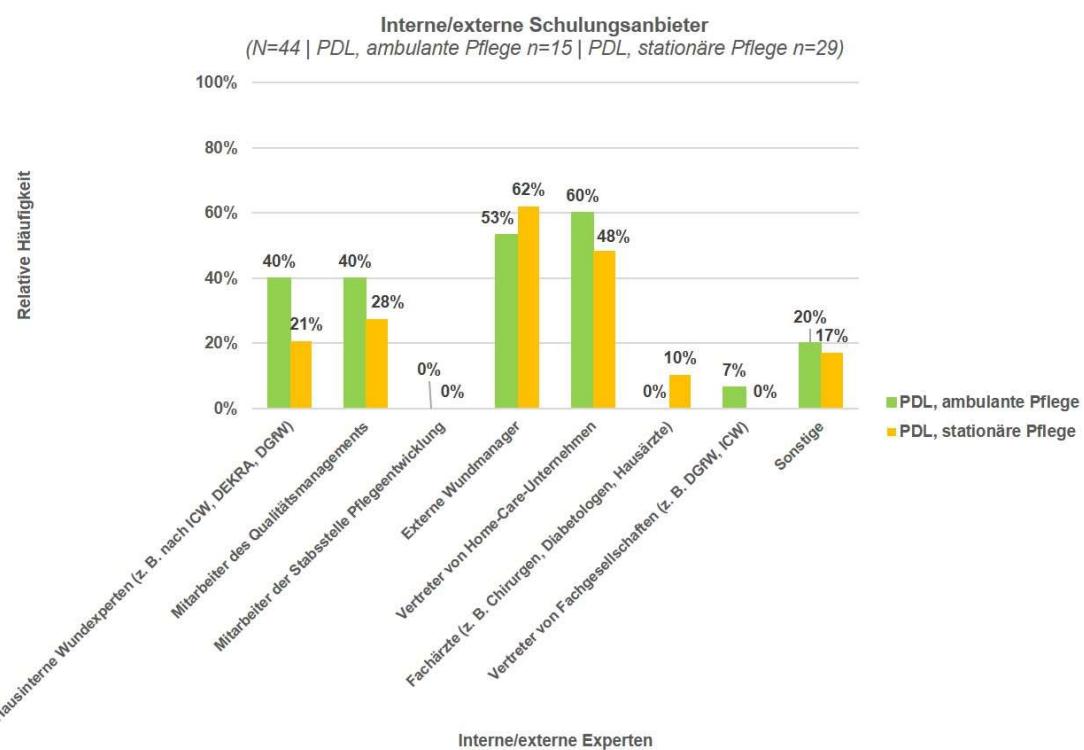


Abbildung 63: Interne/externe Schulungsanbieter

Für 66,7 %^{amb. Pfl.} (30) und 67,5 %^{stat. Pfl.} (208) der Pflegefachkräfte ist es wichtig, interprofessionelle Schulungsmaßnahmen wahrzunehmen. Favorisiert wurden Hausärzte (57,8 % PfK^{amb. Pfl.}, 26; 59,4 % PfK^{stat. Pfl.}, 183) und Diabetologen (44,4 % PfK^{amb. Pfl.}, 20; 44,2 % PfK^{stat. Pfl.}, 136). Auch Leitungskräfte ambulanter und stationärer Einrichtungen (60 % PDL^{amb. Pfl.}, 9; 69 % PDL^{stat. Pfl.}, 20) erachteten gemeinsame Fortbildungen als bedeutend. Pflegedienstleitungen gaben an, Veranstaltungen besonders mit Hausärzten (53 % PDL^{amb. Pfl.}, 8; 62 % PDL^{stat. Pfl.}, 18) und mit Diabetologen (53 % PDL^{amb. Pfl.}, 8; 41 % PDL^{stat. Pfl.}, 12) unterstützen zu wollen. Pflegedienstleitungen ambulanter Dienste könnten sich vorstellen, Podologen (53 %, 8) hinzuzuziehen, Leitungen stationärer Institutionen hingegen Ernährungsberater (34 %, 10). 40 % (4) der Hausärzte würden sich gerne gemeinsam mit Pflegefachkräften und Medizinischen Fachangestellten (jeweils 40 %, 4) fortbilden (s. Abb. 64). Laut einer Empfehlung des Expertenstandards sollte jede

5 Ergebnisse

Einrichtung über mindestens eine fachspezifisch weitergebildete Pflegefachkraft verfügen. 73,3 % (11) der ambulanten Dienste und 65,5 % (19) der stationären Einrichtungen beschäftigten nach eigenen Aussagen solche Fachkräfte. Die größte Gruppe wurde durch Wundexperten ICW vertreten (40 %^{amb. Pfl.}, 6; 28 %^{stat. Pfl.}, 8). Weiterhin nahmen Palliative Care Fachkräfte (27 %^{amb. Pfl.}, 4; 24 %^{stat. Pfl.}, 7) einen hohen Anteil ein. Die befragten Pflegefachkräfte waren kaum wundspezifisch weiterqualifiziert. In der Medizin wiesen je 20 % (2) eine Weiterbildung in Palliativmedizin und spezieller Schmerztherapie nach (s. Abb. 65).

5 Ergebnisse

Jeweils eine Pflegefachkraft würde gerne mit Chirurgen und Ergotherapeuten interprofessionelle Fortbildungsveranstaltungen besuchen, fünf Pflegende mit externen Wundmanagern. Pflegedienstleitungen machen unter „Sonstiges“ keine weiteren Angaben.

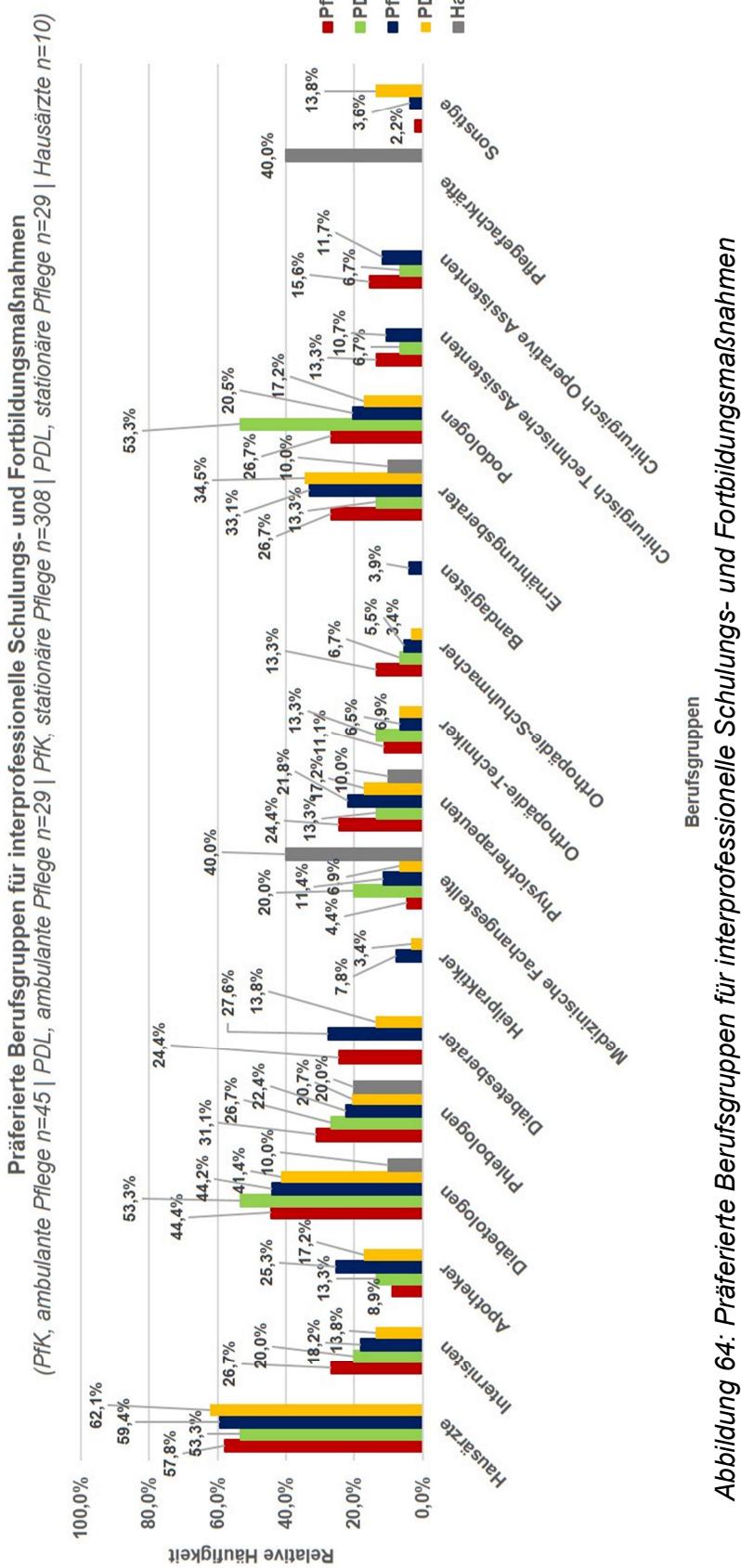


Abbildung 64: Präferierte Berufsgruppen für interprofessionelle Schulungs- und Fortbildungsmaßnahmen

Unter dem Punkt „Sonstiges“ gaben Pflegfachkräfte an, Qualifikationen als Wundexperte DEKRA, Wundqualifikation durch Fresenius, Pflegeexperte Dekubitus, Fachkraft für Intensiv- und Anästhesiepflege, Hygienefachkraft, Schmerzassistenten, Pflegeberater, Praxisanleiter, Ernährungs- und Kontinenzberater erworben zu haben.

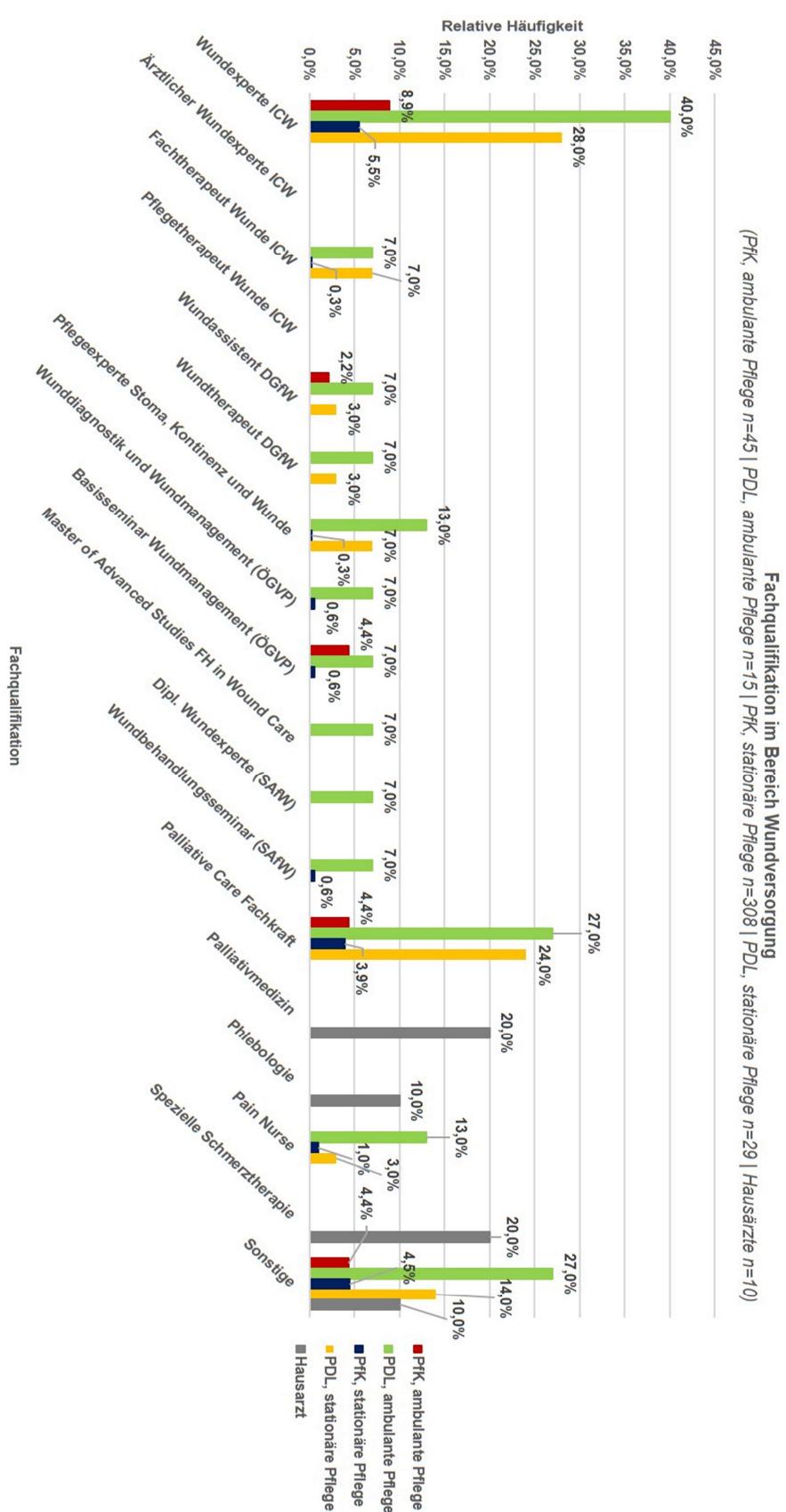


Abbildung 64: Fachqualifikationen im Bereich Wundversorgung

5 Ergebnisse

Fest steht: Nicht jede Einrichtung oder Praxis verfügt über einen fachspezifisch weiterqualifizierten Mitarbeiter. Pflegedienstleitungen und Hausärzte wurden danach gefragt, wer ihnen in schwierigen Situationen als Ansprechpartner bzw. Berater zur Seite stehe (s. Abb. 66). Die Mehrheit der pflegerischen Einrichtungen betrachtete den betreuenden Hausarzt (47 % PDL^{amb. Pfl.}, 7; 69 % PDL^{stat. Pfl.}, 20) als prioritären Ansprechpartner, gefolgt von externen Wundmanagern (47 % PDL^{amb. Pfl.}, 7; 55 % PDL^{stat. Pfl.}, 16) und Home-Carern (40 % PDL^{amb. Pfl.}, 6; 55 % PDL^{stat. Pfl.}, 16). Hausärzte nahmen Rücksprache mit anderen Fachärzten (70 %, 7), Pflegefachkräften (50 %, 5) und Medizinischen Fachangestellten (40 %, 4). Unter „Sonstiges“ gab ein Hausarzt „Wundmanager“ an, seitens der Pflege wurde diese Angabe nicht näher beschrieben.

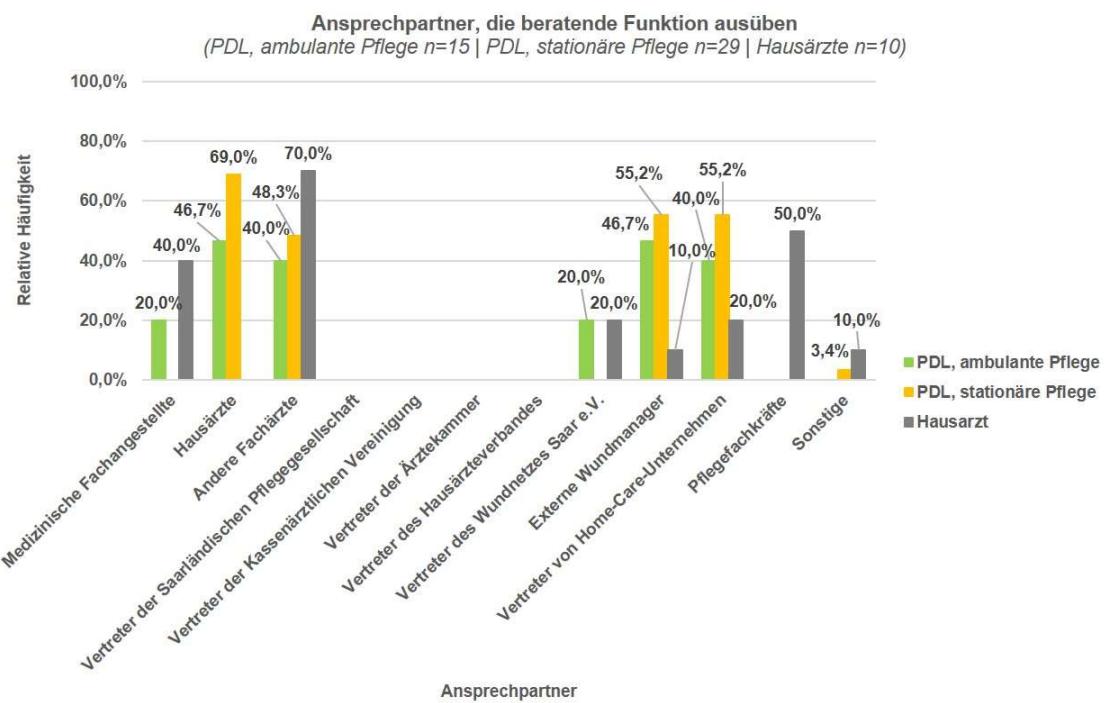


Abbildung 65: Ansprechpartner/Berater in der Wundversorgung

20 % (3) der teilnehmenden Pflegedienstleitungen und 20 % (2) der Hausärzte nahmen bei fachlichen Fragen das Netzwerk des Wundnetzes Saar e.V. in Anspruch. Betrachtet man die Angaben zu Mitgliedschaften in wundspezifischen Fachgesellschaften und/oder Wundnetzen, kristallisiert sich heraus, dass kaum Pflegefachkräfte (2,2 % PfK^{amb. Pfl.}, 1; 0,6 %^{stat. Pfl.}, 2) und gar keine Hausärzte (0 %, 0) im Wundnetz Saar e.V. bis dato vernetzt waren (s. Abb. 67).

5 Ergebnisse

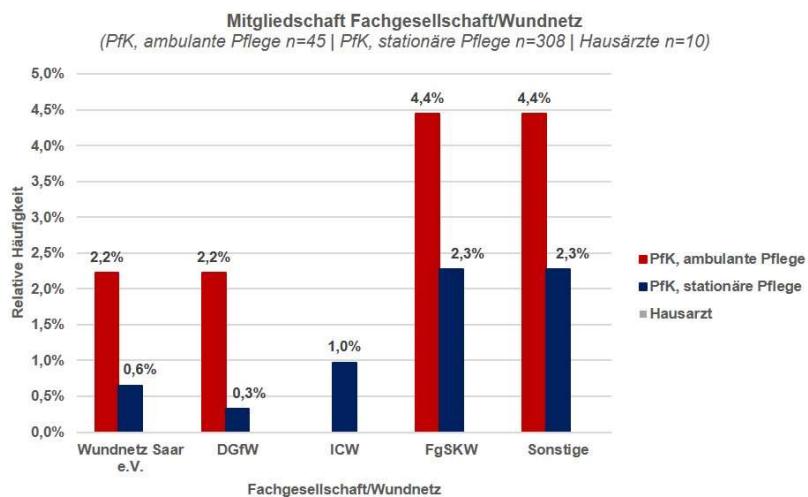


Abbildung 66: Mitgliedschaft Fachgesellschaft

Wie beeinflussen die beratend Tätigen das Entscheidungsverhalten bezüglich der Materialien, die bei betroffenen Menschen mit chronischen Wunden zum Einsatz kommen? Nach Angaben der Pflegedienstleistungen (80 % PDL^{amb. Pfl.}, 12; 75,9 %^{stat. Pfl.}, 22) und Hausärzten (60 %, 6) lag die Entscheidungskompetenz ganz klar aufseiten des Hausarztes. In der ambulanten Pflege trafen zudem 60 % (9) der Pflegefachkräfte die Entscheidung. In stationären Pflegeeinrichtungen wurden zum Großteil (48 %, 14) externe Wundmanager eingesetzt (s. Abb. 68). Unter „Sonstiges“ notierte eine Pflegedienstleitung^{stat. Pfl.} „Interne Wundmanager in Kooperation mit dem Hausarzt und Chirurgen“.

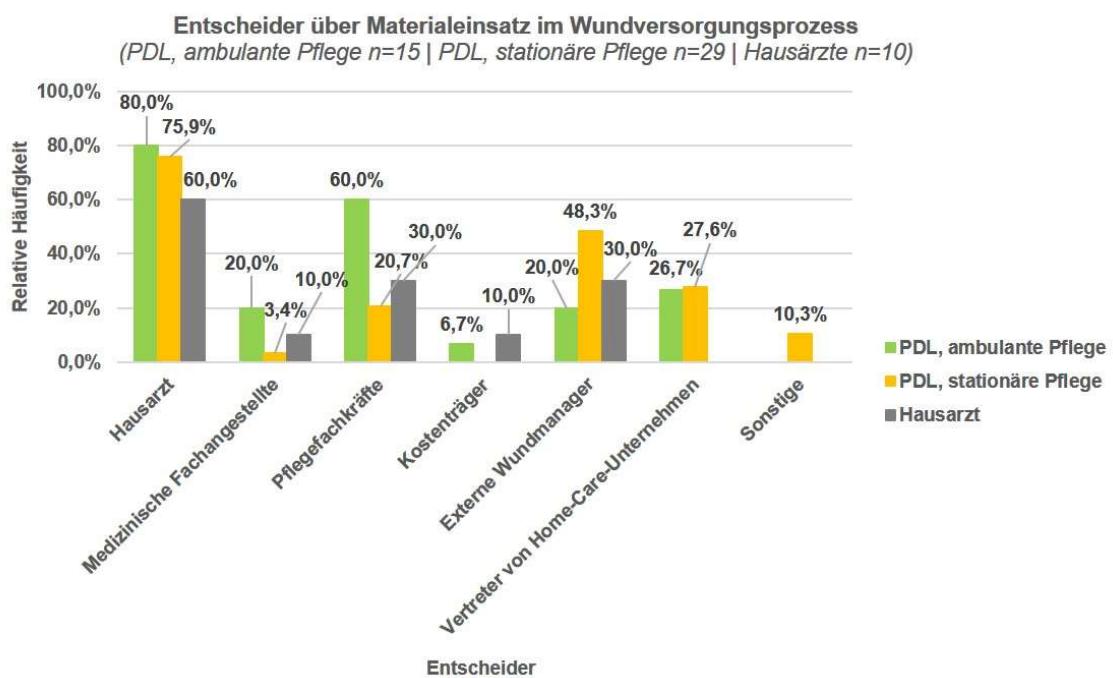


Abbildung 67. Entscheider über Wundversorgungsmaterialien

5 Ergebnisse

Im Folgenden findet die interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit nähere Betrachtung.

Betroffene konnten in ihrem Fragebogen angeben, wie häufig ihr Arzt im letzten Monat ihre Wunde gesehen hat. 73 % (8) der ambulant betreuten Patienten und 87 % (34) der stationären Teilnehmer nahmen keinen Praxisbesuch in Anspruch (Betroffene^{amb. Pfl.}: Min. 0, Max. 6, $0,70 \pm 1,89$ versus Betroffene^{stat. Pfl.}: Min. 0, Max. 3, $0,23 \pm 0,67$). Patienten, die häusliche Krankenpflege erhielten, nahmen mehr Arztbesuche in Arztpraxen in Anspruch als Teilnehmende aus stationären Einrichtungen.

In 36 %^{amb. Pfl.} (4) und 21 %^{stat. Pfl.} (8) der Fälle tätigte der Hausarzt zur Wundsichtung einen Hausbesuch beim Patienten (Betroffene^{amb. Pfl.}: Min. 0, Max. 2, $0,60 \pm 0,71$ versus Betroffene^{stat. Pfl.}: Min. 0, Max. 7, $1,90 \pm 1,76$). Die Anzahl der Arztkontakte von Betroffenen, die in stationären Pflegeeinrichtungen lebten, war höher als die von Patienten im häuslichen Umfeld (s. Abb. 69).

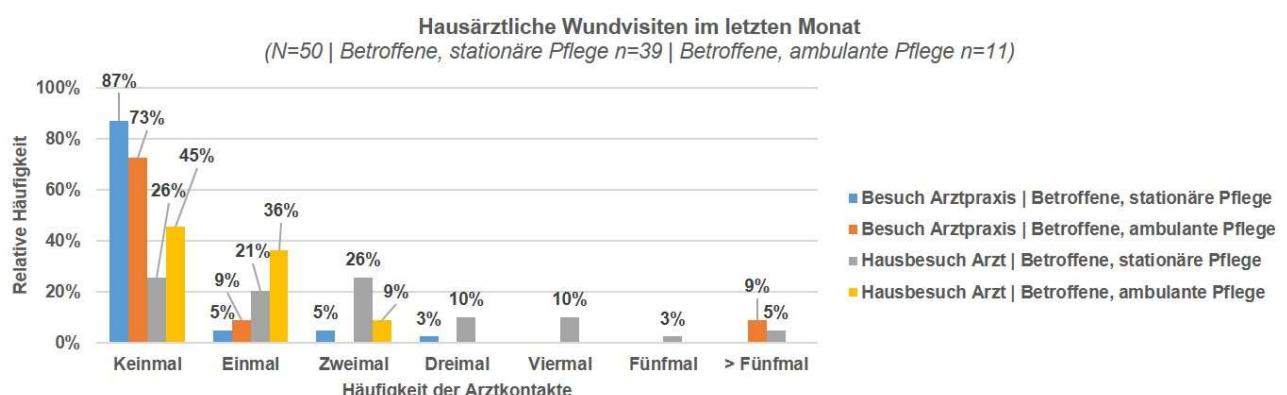


Abbildung 68: Hausärztliche Wundvisiten im letzten Monat (Betroffene)

Wie häufig ein ambulanter Krankenhausaufenthalt stattfinden musste, gaben 82 % (9) ambulant und 79 % (31) der stationär lebenden Betroffenen mit „keinmal“ an. Die Anzahl höher als eins wurden konkret von Teilnehmern aus stationären Pflegeeinrichtungen angegeben, sodass auch nur diese Werte analysiert werden konnten. Das Minimum lag bei 0, das Maximum bei 4 ($0,28 \pm 0,82$).

Eine stationäre Krankenhausbehandlung aufgrund der Wunde erfuhren 36 % (4) der Teilnehmer, die in ihrer eigenen Häuslichkeit lebten, und 13 % (5) der in Pflegeheimen Lebenden (Betroffene^{amb. Pfl.}: Min. 0, Max. 5, $0,89 \pm 1,61$ versus Betroffene^{stat. Pfl.}: Min. 0, Max. 3, $0,56 \pm 0,88$). Die Anzahl der stationären Krankenhausaufenthalte lag bei ambulant betreuten Patienten höher als bei stationär versorgten Teilnehmern (s. Abb. 70).

5 Ergebnisse

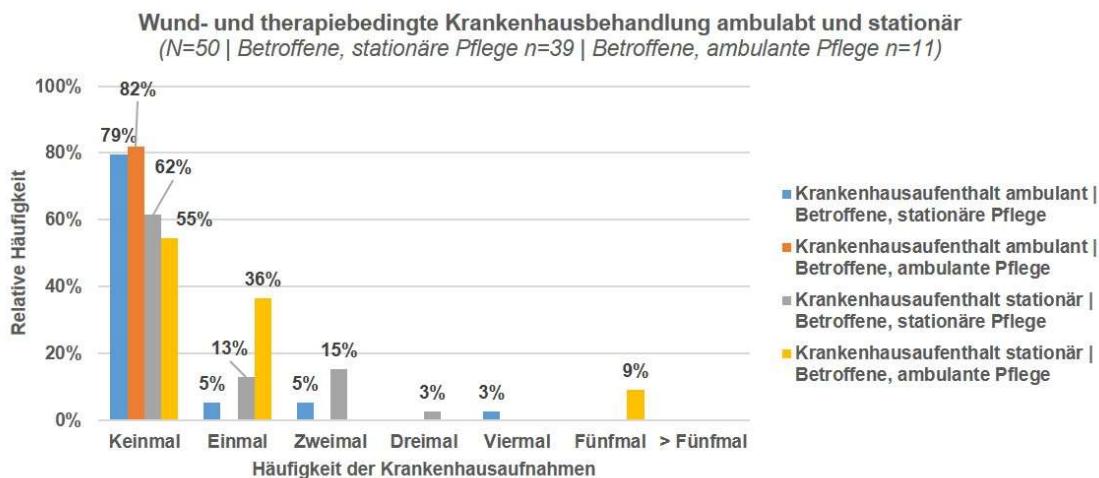


Abbildung 69: Wund- und therapiebedingte Krankenhausbehandlung (Betroffene)

Des Weiteren wurde in der Betroffenenbefragung erfasst, welche Fachärzte in den letzten 12 Monaten wegen der Wunde aufgesucht wurden. Am häufigsten gaben 51 % (29) der Betroffenen, die in stationären Pflegeeinrichtungen lebten, an, dass ihr Hausarzt die Wunde regelmäßig inspizierte. Auch Chirurgen waren regelmäßig (21 %, 8) bis vereinzelt (23 %, 9) an der Wundtherapie beteiligt. Im ambulanten Setting hatte der Hausarzt die häufigsten Patientenkontakte (regelmäßig: 18 %, 2; vereinzelt: 55 %, 6) (s. Abb. 71). Der Punkt „Sonstiges“ umfasste weitere Fachärzte, wie jeweils einen Gefäßchirurgen, einen Neurologen und einen Kardiologen.

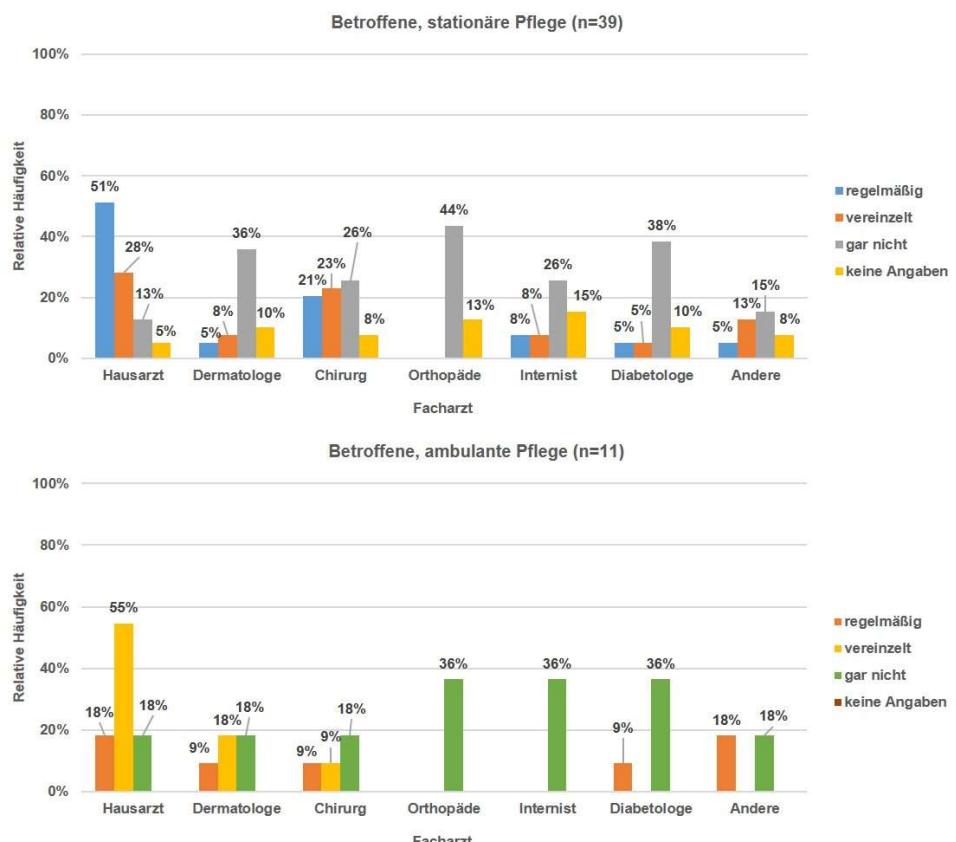


Abbildung 70: Wundvisite durch Fachärzte (Betroffene)

5 Ergebnisse

Zuständige Pflegefachkräfte beantworteten im Patientenfragebogen, welche Berufsgruppen am bisherigen Heilungsprozess beteiligt waren. Auch hier verstärkt sich das Bild, dass außer dem Hausarzt kaum Fachärzte Eintritt in die Versorgung fanden (s. Abb. 72). Unter „Sonstiges“ wurden in drei Fällen „Chirurgen“, in fünf Fällen „Dermatologen“ als externe Wundmanager gelistet.

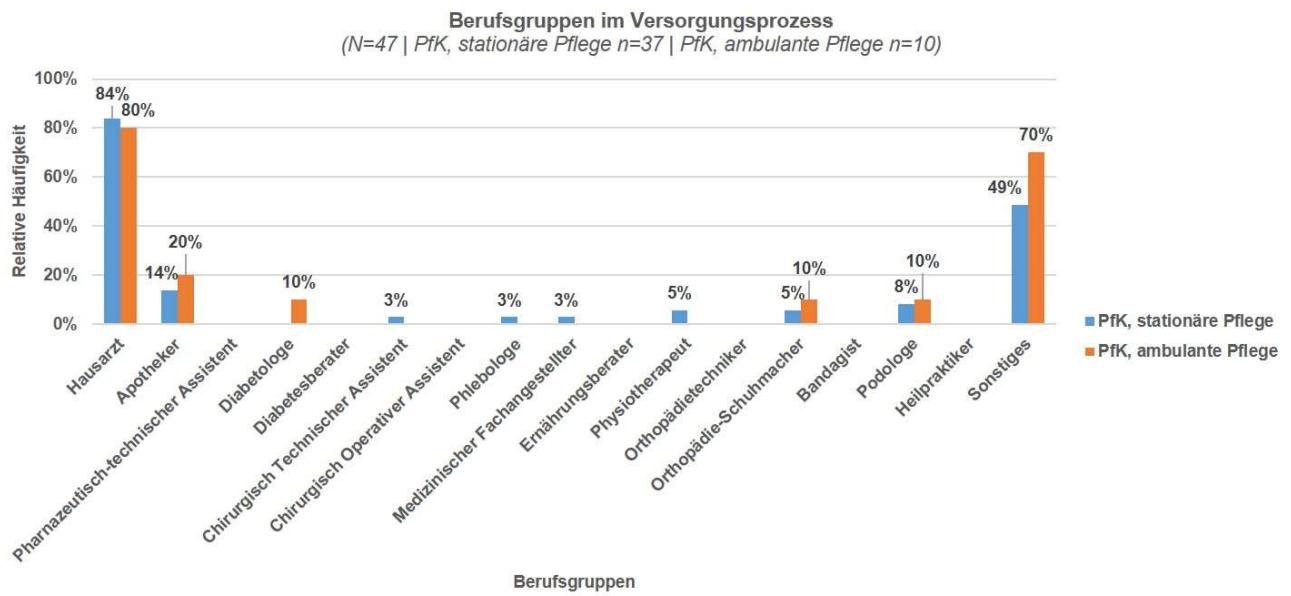


Abbildung 71: Berufsgruppen im Versorgungsprozess (Betroffene)

Da Pflegefachkräfte und Hausärzte in der Wundversorgung Hand in Hand agieren müssen, stellte sich die Frage, wie die Professionellen ihre Zusammenarbeit bewerten würden.

Pflegedienstleistungen ambulanter Pflegedienste gaben der Zusammenarbeit überwiegend die Noten „gut“ (47 %, 7) und „befriedigend“ (40 %, 6). Leitungskräfte stationärer Pflegeeinrichtungen schätzten dagegen die Zusammenarbeit in 14 % (4) als „sehr gut“ ein bis hin zu 28 % (8) mit „ausreichend“ (s. Abb. 73).

Bewertung der Zusammenarbeit mit Hausärzten im Bereich Wundversorgung (N= 44)

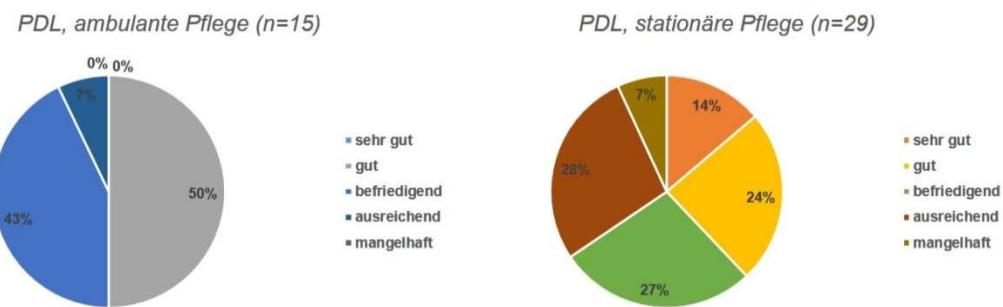


Abbildung 72: Bewertung der Zusammenarbeit Hausarzt/Pflege (PDL)

Hausärzte gaben der Zusammenarbeit mit ambulanten Pflegediensten im Bereich Wundversorgung folgende Noten: 10 % (1) „sehr gut“, 40 % (4) „gut“, 20 % (2) „befriedigend“ und 30 % (3) „ausreichend“. Die meisten ambulant tätigen Pflegefachkräfte waren „teils teils“

5 Ergebnisse

(46,7 %, 21) mit der Kooperation zufrieden. Jeweils 20 % (9) der Fachkräfte waren mit der Zusammenarbeit „eher zufrieden“ oder „eher unzufrieden“. Hausärztlicherseits wurde auch die Zusammenarbeit mit Pflegefachkräften aus der stationären Pflege beurteilt. Davon vergaben 10 % (1) der Ärzte die Beurteilung „sehr gut“, 60% (6) „gut“, 10% (1) „befriedigend“ und 20 % (2) „ungenügend“. Die Zufriedenheit seitens der Pflegefachkräfte stationär stellte sich mehrheitlich im Feld „teils teils“ (37,7 %, 116) ein (s. Abb. 74).

Bewertung der Zusammenarbeit mit Hausärzten im Bereich Wundversorgung (N= 353)

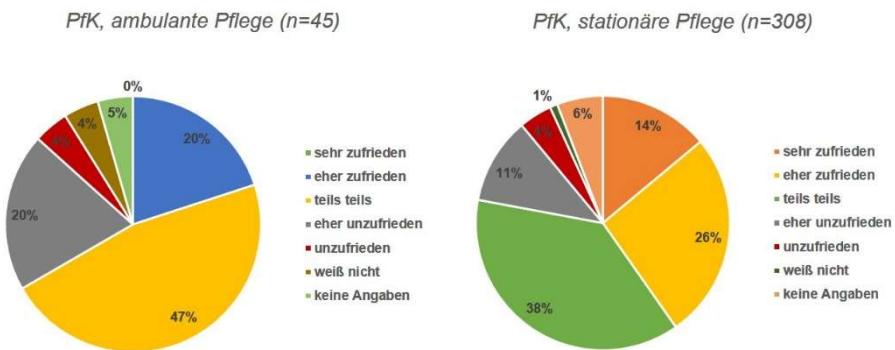


Abbildung 73: Zufriedenheit der Zusammenarbeit Hausarzt–Pflege (PfK)

Die Diskrepanzen im Teamwork verspürten die teilnehmenden Betroffenen nicht. Sie hatten den Eindruck, die Zusammenarbeit zwischen ihrer zuständigen Pflegefachkraft und ihrem Hausarzt verlaufe sehr harmonisch (36 %^{amb. Pfl.}, 4; 38 %^{stat. Pfl.}, 15). 55 % (6) der Patienten in der Häuslichkeit nahmen die Kooperation als „gut“ wahr, ebenso 41 % (16) der Teilnehmenden aus stationären Pflegeeinrichtungen (s. Abb. 75).

Bewertung der Zusammenarbeit zwischen Ihrer Pflegefachkraft und Ihrem Hausarzt in der Wundversorgung
(N=50 | Betroffene, stationäre Pflege n=39 | Betroffene, ambulante Pflege n=11)

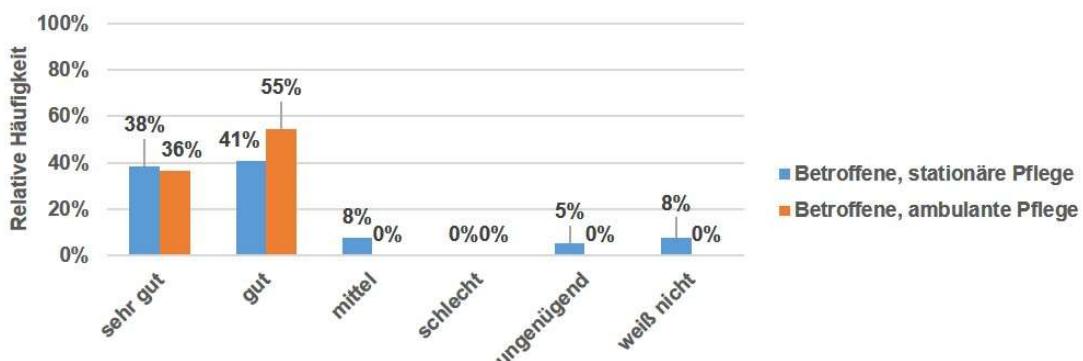


Abbildung 74: Bewertung der Zusammenarbeit Hausarzt–Pflege (Betroffene)

5 Ergebnisse

5.3.2.1 Identifizierte Prozessbrüche/Versorgungslücken im Gesundheitssystem

Alle Professionellen wurden gefragt, ob sie in ihrer beruflichen Laufbahn Versorgungsbrüche bei Menschen mit chronischen Wunden beobachtet hätten. In einem offenen Antwortfeld hatten die Teilnehmenden anschließend die Möglichkeit, ihre Erfahrungen zu beschreiben. Unter der Hauptkategorie „Schnittstellenproblematik in der Versorgung“ werden die einzelnen Subkategorien aufgezählt. Im Anschluss folgt die Beschreibung der Subkategorien mit den häufigsten Nennungen.

64,4 % (29) der PfK^{amb. Pfl.} und 52,9 % (163) der PfK^{stat. Pfl.} erlebten Versorgungsbrüche. Die recht ähnlichen Ergebnisse der Befragungsgruppen werden im Codesystem zusammengefasst:

Codesystem der Befragung von PfK ^{amb. & stat. Pfl.}	
Schnittstellenproblematik in der Versorgung (8)	
▪ Lieferungsbedingungen (11)	
▪ Ärztliche Versorgung (8)	
▪ Lange Wartezeiten (3)	
▪ Verordnungsverhalten (23)	
▪ Fachliche Expertise (22)	
▪ Zusammenarbeit Hausarzt und Pflege (13)	
▪ Einbezug von Fachärzten (5)	
▪ Urlaubszeit (2)	
▪ Fehlendes Krankheitsverständnis (1)	
▪ Angehörige (2)	
▪ Patienten (4)	
▪ Verlegung/Rückverlegung Krankenhaus (15)	
▪ Fehlende Verbandmaterialien (19)	
▪ Änderung der Therapie (10)	
▪ Überleitung/Dokumentation (38)	
▪ Entlassung am Wochenende (5)	

In beiden Settings wurde mehrheitlich das Entlassungsmanagement, speziell die Überleitung aus einem Krankenhaus in die Häuslichkeit, erwähnt. In einigen Fällen sei die Wunddokumentation fehlend, unzureichend oder fehlerhaft gewesen. Die Praxiserfahrung zeige, dass immer mehr Patienten freitags, samstags oder sonntags ungeplant entlassen werden. Diese Entlassungen stehen jedoch den Öffnungszeiten der Hausarztpraxen entgegen. Werden seitens der Klinik schließlich keine Verbandmaterialien für die Übergangszeit mitgegeben, komme es zu einer Fehl- bzw. Unterversorgung des Betroffenen. Ferner sei das Verordnungsverhalten über Verbandmaterialien der Hausärzte verbesserungswürdig. Fehlerhafte oder zeitlich verzögerte Rezeptierungen induzierten keine adäquate Wundtherapie und bergen ein hohes Risiko für den Betroffenen. Pflegefachkräfte beschäftigte außerdem der fachliche Austausch mit hausärztlichen Kollegen. Verbandmaterialien würden mit Hinweisen auf mögliche Regressforderungen seitens der Kassenärztlichen Vereinigung nicht verschrieben, Wundvisiten ständen aus, moderne

5 Ergebnisse

Wundtherapie sei nicht durchgängig bekannt, Evidenzbasierung fehle oder eine Kommunikation auf Augenhöhe sei nicht möglich (s. Tab. 27).

Tabelle 28: Prozessbrüche/Versorgungslücken im Gesundheitswesen (PfK)

Prozessbrüche/Versorgungslücken im Gesundheitswesen bei Menschen mit chronischen Wunden aus Sicht von Pflegefachkräften „[...] keine kontinuierliche Versorgung, jede Institution betreibt ihr eigenes Wundmanagement [...]“ (ID: 01)		
Code	Memo	Angaben
Überleitung/Dokumentation	„[...] Keine Informationsweitergabe bzgl. der Wunde nach KH-Aufenthalt seitens des Krankenhauses, keine Anordnung [...]“ (ID: 07)	38
Verordnungsverhalten	„[...] Spezielle Wundmaterialien werden am Budgetende nicht mehr verschrieben; keine sterilen Materialien rezeptiert [...]“ (ID: 08)	23
Fachliche Expertise	„[...] Es gibt einen Hausarzt, der egal für welches Wundverhältnis die Behandlung mit Betaisodona-Salbe im tgl. Wechsel mit Haushaltszucker zum Einreiben bzw. Auftragen auf die Wund anordnet (chronische Wundverhältnisse). Es bedarf jedes Mal eines ‚Kampfes‘, um moderne zeitgemäße Wundversorgungsmaterialien auf Kassenrezept zu erhalten. [...]“ (ID: 03)	22
Fehlende Verbandmaterialien	„[...] Nach Krankenhaus kein Verbandmaterial vor Ort – bzw. kein entsprechendes. Der Versorgungsweg dauert zu lange → Versichertenkarte zum Hausarzt – Verordnung – Rezept in die Einrichtung – Bestellung beim Versorger – Lieferung – → teilweise bis zu vier Tagen [...]“ (ID: 12)	19

Befragte Pflegedienstleistungen^{amb. PfL.} (53 %, 8) und Vertreter des Managements^{stat. PfL.} (62 %, 18) machten ihre Erfahrungen wie folgt transparent:

Codesystem der Befragung von PDL ^{amb. & stat. PfL.}	
Schnittstellenproblematik in der Versorgung (5)	
▪ Lieferbedingungen (1)	
▪ Kommunikation (4)	
▪ Fehlende Transparenz medizinischer Versorgung (1)	
▪ Budgetierung (7)	
▪ Selbstkostenanteil Patienten/Angehörige (2)	
▪ Heterogene fachliche Expertise (1)	
▪ Verlegung/Rückverlegung Krankenhaus (4)	
▪ Änderung der Therapie (2)	
▪ Fehlende Verbandmaterialien (1)	
▪ Überleitung/Dokumentation (3)	
▪ Entlassung am Wochenende (1)	

Vielerorts wurde die Budgetierung angesprochen. Regressängste der Hausärzte oder auch Ablehnungsschreiben der Kostenträger zu bestimmten Wundmaterialien würden die Versorgung von Betroffenen erschweren. Im Widerspruch stehe des Öfteren die Verfügbarkeit und Finanzierung bestimmter (hochpreisiger) Wundmaterialien. Dies sei je nach Setting abhängig, Krankenhaus versus Häuslichkeit. Die zeitliche Diskrepanz zwischen Verordnung und Lieferung der Materialien führe zu Versorgungsgängen bzw. Fehlversorgung der Betroffenen mit chronischen Wunden und ließe Optimierungspotenziale erkennen. Daneben gaben Führungskräfte an, nach Krankenhausentlassung des Betroffenen zumeist keine vollständige Wunddokumentation in der Pflegeüberleitung vorzufinden. Barrieren in der Kommunikation konnten nicht nur zwischen Pflege und Medizin, sondern auch zwischen Hausarzt und anderen Fachärzten verzeichnet werden. Zu viele Professionelle und das Fehlen

5 Ergebnisse

eines zuvor definierten Koordinators erschweren einen reibungslosen Wundversorgungsprozess (s. Tab. 28).

Tabelle 29: Prozessbrüche/Versorgungslücken im Gesundheitswesen (PDL)

Prozessbrüche/Versorgungslücken im Gesundheitswesen bei Menschen mit chronischen Wunden aus Sicht von PDL „[...] Unterschiedliche Ansichten zwischen Krankenhaus, Hausarzt, Wundexperte. Jeder will sein Ding. [...]“ (ID: 41)		
Code	Memo	Angaben
Budgetierung	„[...] Verordnete Wundauflagen wurden von Hausarzt verordnet, aber die Krankenkasse wollte diese nicht bezahlen. Die Wunde verschlechterte sich rapide, wodurch ein Krankenhausaufenthalt notwendig wurde. Im Krankenhaus wurden eben die besagten Wundauflagen verwendet und nach Entlassung musste eine andere Therapieform gewählt werden. [...]“ (ID: 43)	7
Schnittstellenproblematik in der Versorgung	„[...] Nach Info an Hausärzte dauert es oft ein bis zwei Tage bis zum Hausbesuch bzw. bis eine Verordnung ausgestellt wird. Dann dauert es wieder einige Zeit, bis das Verbandmaterial geliefert wird. In dieser Zeit ist der Patient ohne bzw. ohne ausreichende Wundversorgung. [...]“ (ID: 2)	5
Verlegung/Rückverlegung Krankenhaus	„[...] Überleitung aus den Krankenhäusern ist unzureichend. Wenn ein Patient wegen einer anderen Diagnose in die Klinik eingewiesen wird, ist das Ulcus oft nur Nebensache und wird nicht ausreichend behandelt [...]“ (ID: 22)	4
Kommunikation	„[...] Absprache zwischen Hausarzt, Arzthelferin und externem Wundmanager läuft des Öfteren über die Pflege. Dadurch ist die Kommunikation stark erschwert, Dauer der ärztl. VO und Ausstellung der Rezepte dann zu lange, Missverständnisse sind so vorprogrammiert. [...]“ (ID: 44)	4

7 (70 %) der teilnehmenden Hausärzte brachten ihre Erfahrungen mit ein:

Codesystem der Befragung von Hausärzten	
Schnittstellenproblematik in der Versorgung (1)	
▪ Fehlendes Krankheitsverständnis des Patienten (1)	
▪ Krankhausausschluss (2)	
▪ Einsatz industrieunabhängiger Wundmanager (1)	

Auch die Berufsgruppe der Ärzte bemängelte die Wochenendentlassungen der betroffenen Menschen aus Krankenhäusern. Fehlende Informationen über die Behandlung des Patienten durch unzureichende Arztbriefe (bspw. ohne Wunddokumentation oder Behandlungsverlauf) wurde von zwei Hausärzten angemerkt. Ein Arzt betrachtete externe Wundmanager kritisch. Diese führten einerseits zu Kosteneinsparungen seitens der Pflegeeinrichtungen, andererseits – aufgrund der Industrieabhängigkeit – zu hohen Behandlungskosten und Belastungen für das Praxisbudget. Ein Arzt berichtet von einer ungenügenden Therapietreue aufseiten des Patienten. Gründe hierfür wurden nicht aufgeführt (s. Tab. 29).

5 Ergebnisse

Tabelle 30: Prozessbrüche/Versorgungslücken im Gesundheitswesen (HA)

Prozessbrüche/Versorgungslücken im Gesundheitswesen bei Menschen mit chronischen Wunden aus Sicht von Hausärzten		
<i>„[...] Krankenhausentlassung mit Dekubitus ohne Information über Größe und stattgefundene Behandlung!! [...]“ (ID: 9)</i>		
Code	Memo	Angaben
Krankenhausentlassung	„[...] Freitagsentlassung, kein Brief oder Information an den Hausarzt [...]“ (ID: 3)	2
Einsatz unabhängiger Wundmanager	„[...] Referenten von Medizinprodukte-Herstellern (Hochpreisprodukte) übernehmen häufig als sogenannte 'Wundmanager' die Behandlung von Patienten mit chronischen Wunden in Heimeinrichtungen. Das bedeutet Personalkosteneinsparung für das Heim und extreme Behandlungskosten für den Arzt. Ein nicht zulässiges Verhalten der Heimleitung. [...]“ (ID: 17)	1
Fehlendes Krankheitsverständnis des Patienten	„[...] Non-Compliance-Patienten [...]“ (ID: 16)	1

5.3.2.2 Wünsche der Teilnehmenden an die interprofessionelle Zusammenarbeit

353 Pflegefachkräfte^{amb. & stat. Pfl.} und 43 PDL^{amb. & stat. Pfl.} wurden hinsichtlich ihrer Wünsche für die weitere Zusammenarbeit mit Hausärzten im Bereich der Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden befragt, 10 Hausärzte über die Kooperation mit der Pflege. Von den bestehenden Codesystemen mit der Hauptkategorie „Wünsche an die zukünftige Zusammenarbeit mit (Berufsgruppe)“ werden im Folgenden die Subkategorien mit den häufigsten Nennungen aufgelistet.

73,3 % (33) der Pflegefachkräfte^{amb. Pfl.} und 48,7 % (150) der Kollegen^{stat. Pfl.} nutzten das offene Antwortfeld. Das Antwortverhalten der beiden Teilnehmergruppen war homogen, sodass die Ergebnisse verallgemeinert dargelegt werden (s. Tab. 30).

Codesystem der Befragung von PfKamb. & stat. Pfl.	
Wünsche an die zukünftige Zusammenarbeit mit Hausärzten (9)	
▪ Schnittstellenmanagement (7)	
▪ Hausarzt–Pflege (29)	
▪ Gesetzliche Vorgaben (3)	
▪ Diagnosestellung (7)	
▪ Wertschätzung/Vertrauen (28)	
▪ Verordnungsfähigkeit und -verhalten (10)	
▪ Ausstellung von Rezepten (46)	
▪ Budgetierung (16)	
▪ Sterile Materialien (6)	
▪ Wundvisiten (62)	
▪ Fachliche Expertise (43)	
▪ Gemeinsame Schulungs- und Fortbildungsveranstaltungen (10)	

62 der befragten Pflegefachkräfte wünschten sich gemeinsame und vor allem geplante Wundvisiten mit dem betreuenden Hausarzt. Wichtig sei ihnen hierbei die Erarbeitung eines Therapie- und Behandlungsplans, bessere Kooperation und eine verbindliche Regelmäßigkeit. Im Alltag stoßen pflegerische Mitarbeiter aufgrund mangelnder bzw. fehlender Materialien an ihre Grenzen. Für 46 Befragte war es prospektiv

5 Ergebnisse

wünschenswert, modernes Verbandmaterial in ausreichender Menge für den Betroffenen rezeptiert zu bekommen. In einigen Fällen wurde beschrieben, dass Verordnungen nicht rechtzeitig ausgestellt wurden oder fehlerhaft waren, in der Folge kam es zu einer verzögerten oder pausierenden Wundtherapie für den Patienten. Auch die Zusammenarbeit solle sich verbessern. 29 der teilnehmenden Pflegenden stellen sich eine engere Zusammenarbeit vor, damit der Informationsaustausch reibungslos und schneller funktioniere. In der Vergangenheit fühlten sich einige Pflegefachkräfte im Bereich ihrer wundspezifischen Expertise von Hausärzten nicht wertgeschätzt. Es fehle an Vertrauen in Fachkräfte, und sie wünschten sich seitens der Mediziner Unvoreingenommenheit und ein offenes Ohr für sachlich begründete Vorschläge für eine Wundtherapie.

Tabelle 31: Wünsche an die zukünftige Zusammenarbeit Pflege–Hausarzt (PfK)

Wünsche der Pflegefachkräfte an die zukünftige Zusammenarbeit mit Hausärzten „[...] Wünsche sind abhängig von den Hausärzten sowohl wunschlos wie auch bessere Zusammenarbeit [...]“ (ID: 24)		
Code	Memo	Angaben
Wundvisiten	„[...] Regelmäßig angemeldete Wundvisiten mit den Wundexperten in Absprache [...]“ (ID: 09)	62
Ausstellen von Rezepten	„[...] Rezepte über Hilfsmittel (Kompressen, Verbandmaterial, ...) sollten nicht nur nach mehrfacher Aufforderung und in ausreichender Menge ausgestellt werden. Wir bestellen kein Verbandmaterial, um es zu lagern, sondern um es zu benutzen. [...]“ (ID: 03)	46
Hausarzt–Pflege	„[...] Allgemeine bessere Zusammenarbeit hinsichtlich Wundversorgung, Anordnungen, Verordnungen und dezentraler Beschaffungen der zu verwendenden Wundversorgungsmaterialien [...]“ (ID: 6)	29
Wertschätzung	„[...] Dass Aussagen und Einschätzungen von examinierten Altenpflegern ernst genommen werden [...]“ (ID: 01)	28

27 (93,3 %) der PDL^{amb. Pfl.} und 14 (93,1 %) der Leitungen^{stat. Pfl.} füllten das offene Antwortfeld aus. Auch in diesem Bereich war das Antwortverhalten sehr homogen und wird im Weiteren zusammengefasst dargestellt (s. Tab. 31).

Codesystem der Befragung von PDL ^{amb. & stat. Pfl.}	
Wünsche an die zukünftige Zusammenarbeit mit Hausärzten (5)	
▪	Verordnungsfähigkeit und -verhalten (6)
▪	Schnittstellenmanagement (2) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gemeinsame Schulungs- und Fortbildungsveranstaltungen (4) ▪ Wundvisiten (15) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gemeinsame Evaluation (1)
▪	Diagnosestellung (2) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Symptomkontrolle (2) ▪ Behandlungsplan (1)
▪	Hausarzt–Pflege (4) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wertschätzung/Vertrauen (7)
▪	Fachliche Expertise (13) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kooperation/Überweisung Facharzt (1)

Die Einrichtungsleitungen unterstützen die Aussagen der Pflegefachkräfte insbesondere im Bereich „Wundvisite“. Sie erhoffen sich für die Versorgung von betroffenen Menschen mit chronischen Wunden mehr fachliche Konsultationen mit den zuständigen Pflegefachkräften vor Ort, transparente Kommunikation und moderne Wundtherapien. Zudem wünschen sie sich seitens der Mediziner mehr Know-how in der Wundversorgung. Für die zukünftige

5 Ergebnisse

Zusammenarbeit ließe sich mehr Anerkennung, Vertrauen und Wertschätzung in die fachlichen Qualifikationen der Fachkräfte erwarten. Dies könnte man in Form gemeinsamer Schulungs- und Fortbildungsmaßnahmen erreichen.

Tabelle 32: Wünsche an die zukünftige Zusammenarbeit Pflegeeinrichtung–Hausarzt (PDL)

Wünsche der PDL an die zukünftige Zusammenarbeit mit Hausärzten „[...] Zusammenarbeit ist auf guten Weg, dennoch Bedarf zum Optimieren. Gemeinsame Visiten beim Kunden und festgelegte Behandlungsstrategie gibt es nur vereinzelt. [...]“ (ID: 33)		
Code	Memo	Angaben
Wundvisiten	„[...] Wundvisite, fachliche Konsultation vor Ort [...]“ (ID: 27)	15
Fachliche Expertise	„[...] Häufig mangelt es den Hausärzten an Fachlichkeit in Bezug auf Wunden. [...]“ (ID: 4)	13
Wertschätzung/ Vertrauen	„[...] Dass einige Hausärzte unsere Kompetenz anerkennen und die von uns vorgeschlagene Therapie auch verordnen. Einige Ärzte sind auf dem Gebiet der Wundversorgung nicht auf dem neuesten Stand. Sehr oft bekommt man die Antwort, diese Therapie ist zu teuer, das ist nicht in meinem Budget. [...]“ (ID: 5)	7
Gemeinsame Schulungs- und Fortbildungsveranstaltungen	„[...] Gemeinsame Schulungen der Ärzte und der Pflegefachkräfte. Bessere Kommunikation zwischen Pflegefachkräften und Ärzten. Bessere Kooperation mit den Hausärzten. [...]“ (ID: 22)	4

60 % (6) der befragten Hausärzte schrieben in das Antwortfeld, um ihre Wünsche an die Zusammenarbeit mit Pflegefachkräften^{amb. PfL} zu erläutern (s. Tab. 32).

Codesystem der Befragung von Hausärzten bzgl. PfK ^{amb. PfL}	
Wünsche an die zukünftige Zusammenarbeit mit PfK (1)	
▪ Übertragung der Behandlungskosten (1)	
▪ Fachliche Expertise (4)	
▪ Unabhängigkeit (1)	
▪ Kommunikation (1)	

Ein Hausarzt war der Ansicht: Wenn Pflegefachkräfte Therapie- und Behandlungsplanungen mit Fachexpertise erstellen könnten, dann sollten diese auch die Verantwortlichkeiten der Behandlungskosten übernehmen. Zudem wünschten sich Mediziner von Pflegefachkräften im Bereich der fachlichen Expertise umfangreicheres Fachwissen, begründete Auswählen der Wundversorgungsmaterialien und Unabhängigkeit gegenüber externen Wundmanagern/Home-Careern. Auch eine rationale Diskussion und Argumentation anstelle von „Besserwisserei“ sei vorteilhaft.

Tabelle 33: Wünsche an die zukünftige Zusammenarbeit Hausarzt–ambulante Pflege (HA)

Wünsche der Hausärzte an die zukünftige Zusammenarbeit mit Pflegefachkräften aus dem ambulanten Setting „[...] Das Hauptproblem besteht in der Langsamkeit der Beschaffung von Wundversorgungssystemen, da jeder Pflegedienst seine eigene Firma bevorzugt und die Kassen alles genehmigen müssen. Ich möchte einmal erleben, dass ich morgens etwas anordne, was nachmittags ausgeführt wird. [...]“ (ID: 2)		
Code	Memo	Angaben
Fachliche Expertise	„[...] Begründung Auswahl der vorgeschlagenen Materialien [...]“ (ID: 16)	4
Unabhängigkeit	„[...] Mehr Unabhängigkeit von ‚beratenden‘ Wundspezialisten [...]“ (ID: 9)	1
Kommunikation	„[...] Kommunikation und nicht Besserwisserei [...]“ (ID: 5)	1

Für die Zusammenarbeit mit Pflegefachkräften^{stat. PfL} erachteten 60 % (6) der Hausärzte folgende Aspekte als relevant:

Codesystem der Befragung von Hausärzten bzgl. PfK ^{stat. PfL}	
Wünsche an die zukünftige Zusammenarbeit mit PfK (1)	
▪ Übertragung der Behandlungskosten (1)	
▪ Fachliche Expertise (2)	
▪ Feste Ansprechpartner (3)	

5 Ergebnisse

So sei eine pflegerische Bezugsperson von Bedeutung, die regelmäßig zur Wundversorgung hinzukomme und als fester Ansprechpartner agiere. Mehrere Anrufe unterschiedlicher Personen für denselben Patienten könne man dadurch vermeiden. Die Einrichtungen führen ein selbstständiges Wundassessment durch, und eine Fachkraft, die sich auskenne, sei vor Ort, so die Erfahrung eines Hausarztes. Auch in diesem Setting sei zukünftig die Verantwortlichkeit der Behandlungskosten auf die Pflegeeinrichtung zu übertragen (s. Tab. 33).

Tabelle 34: Wünsche an die zukünftige Zusammenarbeit Hausarzt–stationäre Pflege (HA)

Wünsche der <u>Hausärzte</u> an die zukünftige Zusammenarbeit mit Pflegefachkräften aus dem <u>stationären Setting</u> „[...] Es handelt sich um sehr unterschiedliche Systeme. Hier ist eine Verständigung nicht möglich. [...]“ (ID: 5)		
Code	Memo	Angaben
Feste Ansprechpartner	„[...] Eine Bezugsperson, die regelmäßig zur Wundversorgung kommt [...]“ (ID: 6)	3
Fachliche Expertise	„[...] Mehr Fachkenntnisse bzgl. Wundversorgung [...]“ (ID: 17)	2
Übertragung der Behandlungskosten	„[...] Übertragung der Behandlungskostenverantwortlichkeit auf Pflegeeinrichtung [...]“ (ID: 17)	1

5.3.2.3 Herzensangelegenheiten der Teilnehmenden

Die Frage „*Liegt Ihnen noch etwas auf dem Herzen, was Sie uns mitteilen möchten? Haben wir Sie etwas nicht gefragt, was Sie (in der Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden) als wichtig erachten?*“ bildete den Abschluss der Fragebogen. Dieses offene Antwortfeld sollte die Teilnehmenden dazu bringen, ihre persönlichen Anliegen zu formulieren.

3 (27 %) der Patienten^{amb. Pfl.} und 4 (10 %) Betroffene^{stat. Pfl.} machten davon Gebrauch. Ihre Präferenzen werden aufgrund ihrer Homogenität zusammengefasst:

Codesystem der Befragung von Betroffenen Herzensangelegenheiten (1)	
▪	Sorgen (1)
▪	Miteinbezogen werden (1)
▪	Keimfreiheit (1)
▪	Wundheilung (2)

Es wurde angegeben, dass eine erfolgreiche Abheilung der Wunde oberste Priorität habe. Der Wunsch nach Keimfreiheit schließt sich daran an. Verzögerte Wundheilung und nicht zufriedenstellende Antworten des Wundversorgers werfen seitens des Betroffenen Fragen auf. Auch der eigenen Beobachtung gelte kaum Augenmerk. Ein Teilnehmer mit einer chronischen Wunde möchte in die Wundversorgung miteinbezogen werden. Ein Befragter brachte Sorge hinsichtlich seiner Wundversorgung zum Ausdruck, sollten sich die Zuständigkeitsbereiche des Pflegepersonals/der Bezugspersonen ändern (s. Tab. 34).

5 Ergebnisse

Tabelle 35: Herzensangelegenheiten (Betroffene)

Herzensangelegenheiten von Betroffenen „[...] Wunde ist für mich nur Begleiterscheinung, der Ursprung ist mir wichtiger und für mich belastender [...]“ (ID: 02)		
Code	Memo	Angaben
Wundheilung	„[...] Wundheilung mit Erfolg [...]“ (ID: 08)	2
Keimfreiheit	„[...] Ich habe diesen MRSA-Keim an der Wunde [...]“ (ID: 01)	1
Miteinbezogen werden	„[...] Werde seit 27 Monaten mit Nass-Therapie behandelt, ohne Erfolg. Warum versucht man nicht mal eine Trocken-Therapie? Obwohl ich schon mehrfach danach gefragt habe. Antwort: Heute muss die Wunde nass bleiben. [...]“ (ID: 02)	1
Sorgen	„[...] Wechsel im Pflegedienst macht zusätzliche Sorge um die Wundversorgung [...]“ (ID: 03)	1

13,3 % (6) der PfK^{amb.} Pfl. und 13,0 % (40) der PfK^{stat.} Pfl. kommentierten ihre relevanten Aspekte im Textfeld. Hierbei konnten sechs Subkategorien identifiziert werden:

Codesystem der Befragung von PfK ^{amb.} & stat. Pfl.	
Herzensangelegenheiten (2)	
▪ Positive Erfahrungen (3)	
▪ Menschen mit Demenz (3)	
▪ Schulungs- und Fortbildungsangebote (12)	
▪ Stand von Auszubildenden in der Pflege (2)	
▪ Wundversorgung (5)	
▪ Personal (2)	
▪ Vergütung (3)	
▪ Belastung für Familien (1)	
▪ Zeit (4)	
▪ Hygiene (5)	
▪ Interprofessionelle Zusammenarbeit (6)	
▪ Beratung (5)	

Insbesondere wurde die Notwendigkeit von Schulungs- und Fortbildungsbedarfen in der Pflege angesprochen. Fachkräfte wünschten sich regelmäßige und evidenzbasierte, teilweise auch interprofessionelle Schulungen. Aus zwei Auswertungen ergab sich, dass es eine gewisse Unzufriedenheit mit dem Wissensstand von Auszubildenden gibt. Ausdrücklich wurde hier die Technik eines fachgerechten und hygienischen Verbandwechsels erwähnt: Diese sei bei Auszubildenden der Altenpflege eher mangelhaft. Hinsichtlich der interprofessionellen Zusammenarbeit wird deutlich, dass Pflegefachkräfte den Austausch mit Fachärzten und deren Unterstützung vermissen. Die Facharztgruppen würden kaum bis keine Hausbesuche in stationären Pflegeeinrichtungen durchführen, dies sei nicht lukrativ genug. Hygienische Aspekte spielten auch eine Rolle. Die sterile Durchführung eines Verbandwechsels stehe im Widerspruch zu den zeitlichen und personellen Gegebenheiten. Teilweise fehlten sterile Materialien wie bspw. Scheren, oder das Handling in der Versorgung von MRSA-kontaminierten Wunden sei nicht bekannt. Aus diesen Gründen fordern Mitarbeiter der Pflege Beratungsstellen. Diese könnten bspw. als Anlaufstellen bei Rückfragen zu Medikamenten und Wundmaterialien dienen. Vor Dilemmata stehen Kollegen, die zuvor in anderen Settings (bspw. Psychiatrie) tätig waren, in denen Verbandwechsel nicht zur Routinetätigkeit gehörte, und in ihrer jetzigen Tätigkeit damit konfrontiert würden (s. Tab. 35).

5 Ergebnisse

Tabelle 36: Herzensangelegenheiten (PfK)

Herzensangelegenheiten seitens der Pflegefachkräfte „[...] Professionalität der Pflege in stationären Einrichtungen überhaupt [...]“ (ID: 12)		Angaben
Code	Memo	
Schulungs- und Fortbildungsangebote	„[...] Was grundsätzlich sehr notwendig ist, die Durchführung von ständigen Fort- und Weiterbildungen in gleichmäßigen Abständen. [...]“ (ID: 07)	12
Interprofessionelle Zusammenarbeit	„[...] Mehr Interesse seitens der Fachärzte, Patienten in stationären Einrichtungen zu versorgen. Größeres Budget; viel mehr Hausbesuche und Zusammenarbeit mit Mitarbeitern in der Pflege!! [...]“ (ID: 02)	6
Hygiene	„[...] Ein steriler Verbandwechsel braucht ausreichend Zeit, die meistens nicht vorhanden ist! [...]“ (ID: 11)	5
Beratung	„[...] Stützpunkte für Beratung [...]“ (ID: 03)	5

Die gemeinsame Analyse der Antworten der Pflegedienstleitungen^{amb. Pfl.} (46,7 %, 7) und des Managements^{stat. Pfl.} (27,6 %, 8) ergab sechs Subkategorien:

Codesystem der Befragung von PDL ^{amb. & stat. Pfl.}	
Herzensangelegenheiten (2)	
▪	Budgetierung (4)
▪	Compliance der Patienten/Angehörigen (1)
▪	Selbstständige Ausübung von Heilkunde seitens der Pflege (1)
▪	Bürokratisierung (2)
▪	Fachliche Expertise (5)
▪	Positive Erfahrungen (3)

Vertreter der Leitungsebenen schätzen die Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden überwiegend als gut ein. Dennoch gebe es Optimierungspotenziale, was den Einsatz von präventiven Maßnahmen (bspw. Bewegung, Ernährung, Hygiene) wie auch den Wissensstand ärztlicher und pflegerischer Kollegen betreffe. Kritisch werden die Übernahmen des Wundmanagements von Home-Carern gesehen, wodurch Pflegefachkräfte einen Teil ihrer Kompetenzen verlieren würden. Um die Qualitätsanforderungen der Expertenstandards zu erfüllen, bedarf es einiger Ressourcen. Der finanzielle, zeitliche und personelle Aufwand sowie die bürokratischen Auflagen werden nach Ansicht des Managements nicht gerecht und kostendeckend honoriert. Zukunftsfähig sei ein Modell, in dem Pflegefachkräften ärztliche Tätigkeiten übertragen werden, um selbstständig Heilkunde ausüben zu können. Drei Teilnehmende beschrieben positive Erlebnisse aus ihrer Berufspraxis. Beispielsweise führte ein Krankenhaus ein vorbildliches Entlassungsmanagement durch. Vor Rückverlegung eines Bewohners mit Dekubitus in die stationäre Pflege konnte die Bezugspflegefachkraft der Pflegeeinrichtung gemeinsam mit dem Arzt im Krankenhaus die Wunde beurteilen und die Wundversorgung durchführen. Hierbei konnten vor Entlassung Fragen und Unklarheiten geklärt werden (s. Tab. 36).

5 Ergebnisse

Tabelle 37: Herzensangelegenheiten (PDL)

Herzensangelegenheiten seitens der PDL		
„[...] Positiv zu erwähnen ist noch, dass ein Krankenhaus einmal vor Rückverlegung einer Bewohnerin mit Dekubitus Gr. IV es ermöglicht hat, die Wunde und die Wundversorgung gemeinsam mit dem Arzt vor Rückverlegung in die Einrichtung zu beurteilen und durchzuführen. Hier konnten dann bereits im Vorfeld Fragen geklärt werden und auch Einwände gegen die im Krankenhaus durchgeführte Wundversorgung vorgebracht werden. [...]“ (ID: 13)		
Code	Memo	Angaben
Fachliche Expertise	„[...] Die Delegation der Therapieentscheidung an Home-Carer finde ich nicht zielführend. Eigene Kompetenzen von den Menschen, die an den Menschen arbeiten, sollten entwickelt werden. [...]“ (ID: 21)	5
Budgetierung	„[...] Die Sachbearbeiter der Krankenkassen entscheiden über die Genehmigungen, ohne Ahnung von der Materie zu haben. Genehmigungen zu erhalten ist oft bürokratisch. Seit der Abrechnung über Datenträgeraustausch ist der Verwaltungsaufwand bei Patienten mit mehreren Wunden nicht mehr überschaubar und ist auf ein nicht mehr überschaubares Maß angestiegen. [...]“ (ID: 5)	4
Positive Erfahrungen	„[...] Wir führen regelmäßig Schulungen zu chronischen Wunden durch. Fester Bestandteil des Fortbildungsprogramms. Wichtig durch Fluktuation und neue Entwicklungen im Bereich der Wundversorgung. [...]“ (ID: 02)	3
Bürokratisierung	„[...] Die Wundversorgung wird von den Leistungsträgern viel zu gering entlohnt! Unter Einhaltung der Auflagen, welche durch Expertenstandard und MDK entstehen, ist es unmöglich, das Wundmanagement kostendeckend zu bewerkstelligen. [...]“ (ID: 42)	2

2 (20 %) der teilnehmenden Hausärzte kommentierten ihre Ansichten. Daraus ließen sich zwei Kategorien ableiten:

Codesystem der Befragung von PDL amb. & stat. Pf.
Herzensangelegenheiten (2)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Arbeitsentlastung (1) ▪ Budgetierung (1)

Die Skepsis gegenüber selbstständigen Wundmanagern hat sich nach Aussage eines Hausarztes gelegt. Er empfinde deren Einsatz als Arbeitserleichterung und könne dadurch etwas mehr Verantwortung abgeben. Ein Hausarzt beschrieb die von der Krankenkasse limitierten finanziellen Mittel für Wundversorgungsmaterialien (s. Tab. 37).

Tabelle 38: Herzensangelegenheiten (HA)

Herzensangelegenheiten seitens der Hausärzte		
„[...] Heute bin ich froh, wenn ich ein Stück Verantwortung und Arbeit abgeben kann. [...]“ (ID: 6)		
Code	Memo	Angaben
Arbeitsentlastung	„[...] Wundmanager hatte ich früher skeptisch gesehen. Heute bin ich froh, wenn ich ein Stück Verantwortung und Arbeit abgeben kann. Wundmanager besuchen meine Patienten zu Hause, betreuen die Wunde oftmals bis zum vollständigen Abheilen [...]“ (ID: 6)	1
Budgetierung	„[...] Die Behandlungskostenfrage ist offensichtlich ein Tabu-Thema. Nicht alles, was machbar ist, ist auch bezahlbar. Fragen Sie die Krankenkasse! [...]“ (ID: 17)	1

6 Diskussion

6.1 Ergebnisdiskussion

Menschen mit chronischen Wunden stellen eine große Herausforderung für das Gesundheitswesen dar. Bereits seit zwanzig Jahren wird in Publikationen thematisiert, dass es an standardisierten Behandlungs- und Überweisungsplänen mangle und die multidisziplinäre Zusammenarbeit innerhalb der Gesundheitsfachberufe verbesserungswürdig sei (Lozano Sàncchez et al., 2014, S. 223f.; Gottrup, 2004, S. 38). In Dänemark wurden daher in den Jahren 1996 und 2003 das Copenhagen Wound Healing Center (CWHC) und das University Center of Wound Healing (UCWH) gegründet (Gottrup, 2004, S. 39). Dort haben Betroffene mit chronischen Wunden die Möglichkeit, innerhalb eines Versorgungssystems – von einer ambulanten Versorgung, über einen möglichen stationären Aufenthalt bis hin zur Nachbetreuung – die Bandbreite an Versorgung zu erhalten, die speziell für ihre jeweilige Krankheitssituation am besten geeignet ist. Dieses Konzept erhöhe durch seine Versorgungskontinuität die Behandlungsqualität und letztlich den Erfolg (Gottrup, 2004, S. 42). Auch in Deutschland wurden Wundkompetenzzentren und Ambulanzen gebildet, jedoch betreffen diese den Krankenhaussektor. Hierzulande mangelt es weiterhin an Erkenntnissen zu der Versorgungslage von Menschen mit chronischen Wunden in der Primärversorgung (Panfil et al., 2002, S. 170). Die Aufgabe in dieser Studie lag darin, den Versorgungsalltag von Menschen mit chronischen Wunden im Saarland, die von ambulanten Pflegediensten versorgt werden oder in stationären Pflegeeinrichtungen leben, näher zu betrachten. Resultierend daraus sollte der Status quo beschrieben werden. Darüber hinaus wurde die dortige pflegerische und hausärztliche Wundversorgungspraxis erhoben. Das Erkenntnisinteresse lag zum einen in der kritischen Reflexion der Umsetzung der Empfehlungen medizinischer Leitlinien und pflegerischer Expertenstandards sowie deren Praktikabilität, zum anderen sollten Unterstützungsbedarfe identifiziert werden, die gegebenenfalls einer Optimierung bezüglich des Versorgungsprozess bedürfen. Im weiteren Verlauf werden die Ergebnisse dieser Dissertationsarbeit differenziert und im Zusammenhang mit Erkenntnissen internationaler Literatur diskutiert und vergleichend gegenübergestellt. An dieser Stelle liegt der Fokus vorerst auf den Erkenntnissen, die aus der Befragung von Menschen mit chronischen Wunden resultieren. Folgend werden die Untersuchungsergebnisse der Gesundheitsprofessionellen debattiert.

Der Feldzugang zu Menschen mit chronischen Wunden in saarländischen ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen fand direkt über das Pflegemanagement statt und stellt somit eine Gelegenheitsstichprobe dar (s. Kap. 4.3.2). Eingeschlossen wurden einwilligungsfähige Menschen mit Ulcus cruris, Diabetischem Fußsyndrom und/oder Dekubitus. Weniger als die Hälfte der potenziellen Teilnehmer, die von ambulanten Pflegediensten versorgt wurden,

6 Diskussion

sendete den Fragebogen zurück. Die Gründe hierfür sind nicht bekannt. Von 115 möglichen Studienteilnehmern aus Pflegeheimen mussten allein 51 Personen aufgrund kognitiver Beeinträchtigungen ausgeschlossen werden. Auch das Lebensalter >65 Jahre führte zum Ausschluss, was letztlich vier Personen betraf. Essex et al. (2009, S. 800) machten in ihrer Studie eine ähnliche Erfahrung, bei der Patienten nicht in der Lage waren, den SF-36 vollständig auszufüllen. Menschen mit Dekubitus beispielsweise sind zumeist multimorbide und haben eine höhere Prävalenz für neurologische Erkrankungen (Essex et al., 2009, S. 797). Welche speziellen Instrumente zur Messung krankheitsspezifischer Lebensqualität stehen in der Praxis also für diese Population zur Verfügung? Der Expertenstandard konnte keine spezifischen Instrumente bei Dekubitus ausfindig machen, empfiehlt in diesem Fall den Einsatz des Würzburger Wundscores (DNQP, 2009, S. 89). Nach Durchsicht des Fragebogens wird ersichtlich, dass dieses Instrument jedoch nicht für Einsatz bei Menschen mit demenzieller Erkrankung geeignet ist. Daher wäre die Entwicklung eines Assessmentinstruments hilfreich, das Menschen mit kognitiven Einschränkungen hinsichtlich ihrer wundbezogenen Lebensqualität erfassen könnte. Sicherlich stellt diese Erhebungsform eine Fremdbeobachtung dar, die systematische Änderungen in den Verhaltensweisen des Betroffenen mit UCV, DFS und/oder Dekubitus mit aufnehmen könnte. Gesundheitsprofessionelle wären somit in der Lage, ihre Arbeit zu evaluieren und den Behandlungserfolg messbar zu machen. Das Einschlusskriterium Alter ≥ 65 Lebensjahre wurde unter Berücksichtigung der bisherigen Studienlage definiert. Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen höherem Lebensalter, Komorbiditäten, Familienstand, Geschlecht, Adipositas, Größe der Wunde und reduzierter Lebensqualität (Marola et al., 2016, S. 133; Nemcová et al., 2016, S. 1251; Kouris, 2015, S. 779). Das Durchschnittsalter lag in der Studie von Gonzàles de la Torre et al. (2016, S. 364) bei $72,06 \pm 11.93$ Jahren und gleicht anderen Forschungsarbeiten (Do, Edwards & Finlayson, 2015, S. 904; Nemcová et al., 2016, S. 1251; Dias et al., 2014, S. 578; Gorecki et al., 2009, S. 1175). In dieser Untersuchung nahmen mehrheitlich Frauen mit chronischen Wunden teil, so auch in Studien von González-Consuegra & Verdú (2011, S. 928). Die soziodemografischen Merkmale erklären möglicherweise das Setting der Probanden. Teilnehmer, die von ambulanten Pflegediensten versorgt wurden, lagen zu 45 % zwischen dem 81. und dem 85. Lebensjahr, waren verheiratet (45 %), hatten zu 82 % Kinder, waren keiner Pflegestufe (45 %) zugeordnet und wiesen Adipositas (Median BMI $> 33\text{kg/m}^2$) auf. Diese Personengruppe war jünger und hatte ein familiäres Unterstützungssystem, das die Wundpflege in der Häuslichkeit ermöglichte. Nach Erkenntnissen von de Fátima Rodrigues dos Santos et al. (2016, S. 133) habe diese Voraussetzung positiven Einfluss auf die Lebensqualität. Probanden aus stationären Pflegeeinrichtungen hingegen waren deutlich älter und lagen im Feld zwischen dem 81. und 90. Lebensjahr, über die Hälfte war verwitwet (56 %), zu 41 % kinderlos und mit einem Median BMI von circa 28 kg/m^2 übergewichtig. In dieser Gruppe befand sich knapp die Hälfte der

6 Diskussion

Befragten in Pflegestufe 1. Diese Ergebnisse stehen auch im Einklang mit der Pflegestatistik aus dem Jahr 2015. Der Anteil von Frauen im vollstationären Bereich war deutlich höher, ebenso wie das Lebensalter (Destatis, 2017, S. 8).

Aktueller Wundbehandler der Betroffenen mit chronischer Wunde stellte zu 91 %^{amb. Pfl.} und zu 79%^{stat. Pfl.} der Hausarzt dar. Diese Erkenntnis wird von Köster & Schubert (2012, S. 117) gestützt. In knapp 80 % der untersuchten Fälle wurde die Diagnose Dekubitus, Ulcus cruris oder Diabetisches Fußsyndrom von einem Allgemeinmediziner gestellt. Auch die therapierelevanten Diagnosen unterstützen die momentane Studienlage. Die Mehrheit der Betroffenen in dieser Arbeit wiesen CVI, Adipositas, Diabetes mellitus Typ II, Polyneuropathie und PAVK als Vorerkrankungen auf. Als Folgekomplikation litten Menschen^{amb. Pfl.} zum Großteil an Ulcus cruris venosum (40 %), gefolgt von Ulcus cruris unklarer Genese (30 %). Teilnehmende^{stat. Pfl.} waren zumeist von Ulcus cruris mit unklarer Genese (35 %) oder an einem Dekubitus Grad 3 nach EPUAP (22 %) betroffen. Eine venöse Ätiologie betrifft circa 70 % der Beinulcerationen, so O'Brien et al. (2016, S. 131) und Renner, Seikowski & Simon, (2014, S. 51). Verwunderlich scheint jedoch die hohe Zahl von Menschen mit Ulcus cruris unklarer Genese zu sein, was die kritische Aussage von Bedürftig & Eder (2015, S. 396) unterstützt, die behaupten, chronische Wunden seien das Ergebnis nicht ausreichender Diagnostik und Therapie. Auch Gottrup (2004, S. 38) berichtet von Studienergebnissen, denen zufolge nur 51 % der Betroffenen mit chronischen Ulcera eine diagnostische Untersuchung durchliefen, 34 % der Menschen mit DFS nicht auf Diabetes mellitus hin untersucht wurden oder Menschen mit Dekubitus keine organisierte Behandlung erfuhren.

Zum Großteil handelte es sich bei den Befragten^{stat. Pfl.} um eine Erstwunde (62 %), 24 % erlitten ein Rezidiv. Häufiger traten Rezidive in der ambulanten Pflege auf, das Maximum stellte das 15. Geschwür eines Probanden dar. Auch in der Forschungsarbeit von González de la Torre et al. (2016, S. 364) war eine hohe Rezidivrate zu verzeichnen. Selbst nach einem Jahr bleiben 20 % der Ulcera weiter bestehen, und in bis zu 34 % der Fälle treten Rezidive auf (Hopman et al., 2013, S. 167; González-Consuegra & Verdú, 2011, S. 928). Veröffentlichungen wiesen stets exakte Angaben zur Wunddauer der Probanden aus, die im Mittel zwischen 2,6 Monate bis zu 5 Jahren betrugen (Hopman et al., 2013, S. 196; de Fátima Rodrigues dos Santos et al., 2016, S. 132). In der hier durchgeföhrten Untersuchung konnten die Hälften der Betroffenen^{amb. Pfl.} und 38 % der Teilnehmenden^{stat. Pfl.} keine Auskunft über den zeitlichen Verlauf ihrer Wunde geben. Die weiteren Probanden lebten überwiegend drei bis vier Jahre mit ihrem Geschwür (20 %^{amb. Pfl.}; 35 %^{stat. Pfl.}).

Die Wundgröße betrug bei Menschen in der eigenen Häuslichkeit im Mittel 12 cm² und war signifikant größer als bei Probanden in stationären Einrichtungen (Mean 2,5 cm²). In der Studie von Hopman et al. (2013, S. 196) lag die mittlere Ulcusgröße bei 3,4 cm². Erkenntnisse belegen einen Zusammenhang mit der Ulcusgröße und einer niedrigeren Lebensqualität. Je größer das Ulcus, umso größer das Belastungs- und Symptomerleben (Rodrigues, Ferreira &

6 Diskussion

Ferré-Grau, 2016, S. 3031; Do, Edwards & Finlayson, 2015, S. 906; Siersma et al., 2013, S. 1386).

Die Zeit für die Durchführung der Wundtherapie lag im ambulanten Bereich zu je 20 % bei 10 bis 15 Minuten sowie 21 bis 25 Minuten. Im stationären Setting benötigten Pflegefachkräfte bei den Probanden in der Regel entweder weniger als 10 Minuten oder zwischen 10 und 15 Minuten. Diese Minutenwerte kommen den Ergebnissen der Literatur sehr nahe. Bei aktiven Geschwüren benötigten Professionelle durchschnittlich 17 Minuten (Panfil et al., 2002, S. 172) bis hin zu etwa 30 Minuten (Renner et al., 2009, S. 956). Diese durchschnittlichen Minutenwerte stehen mit den Mittelwerten der Wundgrößen in der vorliegenden Studie im Kontrast. Die hygienischen Anforderungen an einen Verbandwechsel sind exakt vorgegeben und einzuhalten. Von der Vorbereitung der Arbeitsumgebung, Durchführung der hygienischen Händedesinfektion, Überprüfung der Sterilität der Materialien über die Beachtung der Einwirkzeit der (antiseptischen) Wundspülösung bis hin zur Anlage des Verbands und Nachbereitung kann – trotz geübten Handlings – einige Zeit mehr vergehen (Chergui et al. 2006, S. 3f.).

Bei 50 % der Befragten^{amb. Pfl.} und 41 % der Probanden^{stat. Pfl.} zeigte sich kein seröses Exsudataufkommen. Trotzdem wurde in 65 %^{amb. Pfl.} und 60 %^{stat. Pfl.} der Fälle täglich ein Verbandwechsel durchgeführt. Die Gründe gehen aus den Angaben nicht hervor. Panfil et al. (2002, S. 172) kamen zu einem ähnlichen Ergebnis. Laut ihrer Untersuchung wurde bei 87 % der Befragten mit chronischer Wunde eine tägliche Wundbehandlung durchgeführt. Obwohl in dieser Studie Bezugspflegefachkräfte, die in der Wundversorgung eingebunden und informiert waren, das Ausfüllen von Teil B des Betroffenenfragebogens übernahmen und die Angaben machten, konnte in 24 % der Population^{stat. Pfl.} keine Angabe zur Situation des Wundgrunds getätigt werden. Dieser Aspekt gehört zu einer wundspezifischen Beschreibung und sollte dokumentiert werden (DNQP, 2015, S. 29). Vor allem bei einer Wundreinigung ist es wichtig, dass der Wundgrund frei von avitalem Gewebe, Nekrosen, Fremdkörpern, Belägen bzw. Detritus ist, so die Fachgesellschaft (DGfW, 2012, S. 83). Demnach entscheidet sich auch der Einsatz von Wundspülösungen.

Teilnehmende erhalten zum Großteil Antiseptika als Wundspülungen (^{amb. Pfl.} 60 % Polihexanid, 30 % Octenidin versus ^{stat. Pfl.} 32 % Polihexanid und 24 % Octenidin). Dass keine Spülösungen ohne Zusätze wie Natriumchlorid-Lösung (NaCl) oder Ringer-Lösung zum Einsatz kamen, aber Antiseptika (Arzneimittel) und Wundspülösungen mit chemischen Zusätzen (Medizinprodukt, z. B. Polihexanid), ist kritisch zu hinterfragen. Bei 40 % der Betroffenen^{amb. Pfl.} und 84 % der Probanden^{stat. Pfl.} traten keine Infektionszeichen auf. Das mag daran liegen, dass sterile isotone Kochsalzlösungen nicht konserviert sind und nach Gebrauch als Spülösung zu verwerfen sind (DGfW, 2012, S. 93).

Beteiligte erhielten überwiegend moderne Wundauflagen wie Schaumverbände und elastische Mullbinden, Silberauflagen, Alginate, Hydrokolloide und Transparentfolie, obgleich täglich

6 Diskussion

Verbandwechsel stattfanden oder wenig Exsudataufkommen dokumentiert wurde. Dementsprechend stellt sich die Frage nach dem Wirtschaftlichkeitsgebot und dem Schulungsbedarf von Professionellen. Der Einsatz moderner Wundaflagen sollte demzufolge ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein, sich an den Phasen der Wundheilung orientieren und gleichermaßen anwendbar und bedürfnisorientiert sein (§ 12 SGB V SGB V; Protz & Sellmer, 2015, S. 462).

Es zeigte sich, dass Pflegefachkräfte trotz Auflistung einer großen Produktpalette an Verbandmaterialien die meisten Antworten im offenen Feld gaben; dabei notierten sie den Handelsnamen des Produktes handschriftlich. Dies lässt darauf schließen, dass einige Pflegefachkräfte ihre Auswahl nicht mehr nach Wirkweise der modernen Wundaflage (Produktgruppe), sondern nach dem Produktnamen des spezifischen Herstellers (Name des Pharmaunternehmens) treffen.

Trockene und schuppige Wundumgebungen war bei 60 % der Teilnehmer^{amb. Pfl.} und 41 % der Betroffenen^{stat. Pfl.} aufzufinden. Dagegen erhielten knapp 60 % der Menschen mit chronischen Wunden in stationären Einrichtungen zum Schutz der Wundumgebung keine zusätzlichen Pflegemaßnahmen. Hierbei stellt sich ein phasengerechter Einsatz als sinnvoll dar, da spezielle Hautschutzfilme den Gasaustausch gewährleisten und die Haftung der Wundaflage erhöhen können (Protz & Sellmer, 2015, S. 449ff.). Hautmazerationen dagegen führen zu Schmerzen und beeinflussen den Heilungsverlauf negativ (Renner, Seikowski & Simon, 2014, S. 53). Hautpflegeprodukte werden häufig von den Kostenträgern nicht übernommen. Patienten müssen weiterhin Zuzahlungen leisten. In dieser Studie lag der Mittelwert monatlich im ambulanten Bereich bei $67,50 \pm 63,47$ Euro und bei $18,08 \pm 20,13$ Euro im stationären Setting. Purwins et al. (2010, S. 100) kamen auf eine jährliche Summe von 1.027 Euro pro Patient. Dazu zählten topische Behandlung, Arzneimittel, Rezepte, Zuzahlungen und nicht-medikamentöse Behandlung. Diese Beträge sind, wenn man sich das monatliche Durchschnittsrentenniveau in Deutschland von netto 1.263 Euro betrachtet, recht einschneidend (Deutsche Rentenversicherung, 2018). Daher verwundert es kaum, dass Betroffene, die an einer chronischen Wunde leiden, im Heilungsverlauf finanzielle Einschränkungen erleben und dieser Faktor ihre Lebensqualität negativ beeinflusst (Gorecki et al., 2009, S. 1177), so auch in dieser Untersuchung (siehe Wound-QoL, Item 17). Teilweise erfahren sie durch Angehörige finanzielle Unterstützung, was jedoch wiederum Abhängigkeiten mit sich bringt (Rodrigues, Ferreira & Ferré-Grau, 2016, S. 3027).

Folgend wird auf spezielle Maßnahmen eingegangen, die je nach Wundart bei den Probanden zur Anwendung kamen.

Mit Dekubitus konnten ein Betroffener^{amb. Pfl.} und zwölf Bewohner^{stat. Pfl.} in die Studie eingeschlossen werden. Im ambulanten Bereich gaben Pflegefachkräfte an, Bewegungs- und Lagerungspläne bei Betroffenen anzuwenden. Leitlinien empfehlen diese Maßnahme (DNQP, 2015, S. 82). In Pflegeheimen kamen in 50 % der Fälle Wechseldruckmatratzen zum Einsatz.

6 Diskussion

Nach Empfehlungen des National Institute for Health and Care Excellence (NICE) sollten dynamische Systeme erst nach erfolglosem Einsatz von Schaumstoffmatratzen eingesetzt werden (DNQP, 2015, S. 82).

Alle Betroffenen mit DFS ($n=1^{\text{amb. Pfl.}}$; $n=3^{\text{stat. Pfl.}}$) erhielten einen Verbandschuh. Befragte in stationären Einrichtungen waren zu 67 % auf einen Rollstuhl angewiesen. Ergebnisse der Eurodiale-Studie ergaben, dass Mobilitätseinschränkungen, die Unfähigkeit zu gehen oder nur mit Hilfe gehen zu können die größten Einschnitte in die Lebensqualität von Menschen mit Diabetes mellitus darstellen (Siersma et al., 2013, S. 1386).

In keinem einzigen Fall von 8 ambulant Betroffenen und 22 stationär lebenden Menschen mit Ulcus cruris wurde Venensport praktiziert. Kontrolliertes Gehtraining unter Kompressionstherapie wurde bei einem Teilnehmer angegeben, obgleich Bewegungsübungen die Wadenmuskelpumpe aktivieren und so zu einer schnelleren Heilung des Ulcus cruris führen (O'Brien et al., 2016, S. 136). 26 % der Betroffenen^{amb. Pfl.} und 9 % der Probanden^{stat. Pfl.} erhielten Kompressionsverbände, und bei einem Bewohner einer stationären Einrichtung kam ein Strumpfsystem zum Einsatz. Hierbei ist kritisch zu hinterfragen, ob die Unterlassung einer Kompressionstherapie, die nicht nur bei UCV, sondern auch bei gemischt venösen und gegebenenfalls arteriellen Ulcera zum Einsatz kommen kann, ein Behandlungsfehler ist. Kompression sei, und das ist evidenzbasiert, grundlegend für eine vollständige Genesung. Sie gewährleiste den physiologischen Rückfluss, lindere Ödeme, aktiviere die Muskelpumpe und verhelfe somit zu einer schnelleren Heilung (Marola et al., 2016, S. 134). In der AWMF-Leitlinie wird eine Chochran-Übersicht wie folgt zitiert: „Kompression ist effektiver als keine Kompression“ (DGP, 2010, S. 5). González de la Torre et al. (2016, S. 365) fanden indes keinen Zusammenhang zwischen Kompressionstherapie und Lebensqualität. Eine wichtige Aufgabe besteht darin, Betroffene und gegebenenfalls deren Angehörige über die Kompressionstherapie zu informieren und zu beraten. In Studien kam heraus, dass Patienten das Prinzip der Kompression nicht verstanden und davon ausgingen, dass das Exsudat, das als Eiter beschrieben wurde, durch den Verband wieder zurück in das Bein gedrückt werden würde (DNQP, 2009, S. 76).

Alle Teilnehmenden dieser Untersuchung wurden hinsichtlich ihrer krankheitsspezifischen gesundheitsbezogenen Lebensqualität befragt. Hierzu wurde das Instrument „Wound-QoL“ verwendet, das durch das DNQP (2015, S. 68, 124ff.) und durch die ICW e.V. empfohlen wird. Dies schränkt die Vergleichbarkeit der bisher publizierten Veröffentlichungen ein, da diese zumeist den allgemeinen SF-36 oder den Euro-QoL 5 einsetzen (Hazenbergs et al., 2012, S. 33; Mazlina, Shamsul & Saini Jeffery, 2011, S. 237; González-Consuegra & Verdú, 2011, S. 940f.). Dennoch sind Forscher sich einig, dass bis dato kein Goldstandard zur Bewertung der Lebensqualität von Menschen mit DFS existiert (Nemcová et al., 2016, S. 1247). Daher war es für diese Studie unabdingbar, sich für ein Instrument zu entscheiden, das unterschiedliche Wundarten berücksichtigt. Der Wound-QoL basiert auf 17 Items mit einer

6 Diskussion

Likert-Skala von 0 (gar nicht) bis 4 (sehr) und bezieht sich auf das Empfinden von Menschen mit chronischen Wunden in den letzten sieben Tagen (Augustin et al., 2014, S. 5). Der Wound-QoL-Gesamtwert von Betroffenen^{amb. Pfl.} lag bei 1,79 ($\pm 1,49$), Teilnehmende^{stat. Pfl.} verzeichneten einen Gesamtwert von 1,14 ($\pm 1,27$). Zu ähnlichen Ergebnissen kamen auch Augustin et al. (2014, S. 5), indem sie eine Kohorte von Menschen mit vaskulären, immunologischen sowie post-chirurgischen und nicht heilenden Wunden befragten (Wound-QoL $1,3 \pm 0,9$). Aus den Ergebnissen des Gesamtwerts dieser Arbeit lässt sich ableiten, dass Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen eine bessere Lebensqualität empfinden als Betroffene in der Häuslichkeit. In der Subskala „Körper“ wurden die Bereiche Schlafstörungen und erhöhtes Belastungserleben infolge der Wunde in beiden Gruppen forciert. Menschen in der eigenen Häuslichkeit waren psychisch stärker beeinträchtigt als Menschen in Pflegeheimen. Auch im Bereich Alltagsleben wiesen ambulante Teilnehmer im Vergleich zu Pflegeheimbewohnern signifikante Einbußen in ihren Alltagsaktivitäten und bezüglich der Abhängigkeit von anderen auf. Wellborn & Moceri (2014, S. 124f.) und Gorecki et al. (2009, S. 1180f.) fanden heraus, dass geschwürspezifische Symptomatiken wie Schlafstörungen und Alltagseinschränkungen die Bewältigung der Erkrankung erschweren und die Lebensqualität negativ beeinflussen. Zudem wiesen die Probanden^{amb. Pfl.} häufiger Adipositas und größere Wundflächen auf, was wiederum mit einer deutlich niedrigeren Lebensqualität assoziiert ist (Nemcová et al., 2016, S. 1251; Do, Edwards & Finlayson, 2015, S. 906).

Obwohl die Studienlage zeigt, dass Menschen den Einbezug von Familienangehörigen als hilfreich und unterstützend erleben, nahm die Gruppe^{stat. Pfl.} eine bessere wundbezogene Lebensqualität wahr. Es ist zu hinterfragen, ob das Wissen, 24 Stunden und sieben Tage die Woche einen möglichen Ansprechpartner in der Einrichtung zu haben, eine Entlastung für Betroffene darstellt. Andererseits führen Einschränkungen in den Alltagsaktivitäten wie Einkäufe tätigen, Transport zu Einrichtungen des Gesundheitswesens, Treppen steigen zu Abhängigkeiten von Familienangehörigen im häuslichen Umfeld (García-Morales et al., 2011, S. 8; Wellborn & Moceri, 2014, S. 124f.). Auch die Inanspruchnahme eines ambulanten Pflegedienstes führt zu Gebundenheit. Ein Interviewausschnitt von einem Teilnehmer einer qualitativen Studie verdeutlicht die Problematik, wenn Pflegefachkräfte exempli causa keine Angabe über ihre Besuchszeiten machen: „Man muss den ganzen Morgen warten.“ (Gorecki et al., 2012, S. 7) In einer stationären Einrichtung werden Unterstützungsleistungen eventuell als Dienstleistung gesehen, was deren Inanspruchnahme rechtfertigt.

Die Ergebnisse des Gesamtwerts zur Wichtigkeit von Behandlungszielen von Menschen mit chronischen Wunden korrelieren in beiden Gruppen ($3,29^{\text{amb. Pfl.}} \pm 1,23$; $3,48^{\text{stat. Pfl.}} \pm 1,55$). Im Vordergrund von Betroffenen^{amb. Pfl.} lagen die Items „besser schlafen zu können“ und „weniger auf Arzt- und Klinikbesuche angewiesen zu sein“, „sich mehr zeigen zu mögen“ und „weniger Zeitaufwand mit der täglichen Behandlung zu haben“. Auch bisherige Studienergebnisse berichten von Beeinträchtigungen der Lebensqualität infolge von Schlafstörungen und langen

6 Diskussion

Wartezeiten beim Arzt (oder anderen Gesundheitseinrichtungen). Behandlungs- und Therapiezeiten führten in der Studie von Wellborn & Moceri (2014, S. 124f.) zu Unmut der Probanden. Betroffene^{stat. Pfl.} verfolgten die Behandlungsziele „sich mehr zeigen zu mögen“, „keinen Ausfluss an der Wunde zu haben“ und „weniger niedergeschlagen zu sein“. Soziale Isolation scheint eine Folge der chronischen Wunde zu sein und geht mit einem freiwilligen Rückzug aus Furcht vor der Reaktion anderer einher (Gorecki et al., 2009, S. 1177; Nemcová et al., 2016, S. 1246; Mazlina, Shamsul & Saini Jeffery, 2011, S. 234; Kouris et al., 2014, S. 746). Geruch und Exsudataufkommen führten in der Studie von Jones, Robinson und Barr (2008, S. 59) bei Teilnehmenden zu Frustration und Aggression, was letztlich nochmals die Lebensqualität ungünstig beeinträchtigte (Torre et al., 2016, S. 361; de Fátima Rodrigues dos Santos et al., 2016, S. 131). Betroffene mit Exsudataufkommen haben, so Jones, Robinson & Barr (2008, S. 59), ein höheres Risiko, an einer Depression zu erkranken.

Bei 90,91 % der Patienten^{amb. Pfl.} und 84,62 % der Betroffenen^{stat. Pfl.} kann von einem minimalen Behandlungsnutzen ausgegangen werden. Bei 9,09 % der Fälle^{amb. Pfl.} und 15,38 % der Teilnehmenden^{stat. Pfl.} lässt sich allerdings kein Benefit feststellen. Bei Menschen^{amb. Pfl.} konnte im Versorgungsprozess Vertrauen in die Therapie aufgebaut werden. Währenddessen ließ sich bei Betroffenen^{stat. Pfl.} die Furcht vor einem Krankheitsfortschritt reduzieren.

Die meisten Teilnehmenden wurden seit sechs bis mehr als zehn Jahre von ihrem Hausarzt betreut. Die pflegerische Bindung bestand in der Regel zwischen drei und fünf Jahren. Therapeutische Beziehungen nehmen eine große Relevanz in der Versorgung ein und haben Einfluss auf den Behandlungserfolg. Sorgen bereitet einem Teilnehmenden dieser Studie, mögliche Änderungen der Zuständigkeiten bei Pflegefachkräften seines ambulanten Pflegedienstes. Wenn Gesundheitsprofessionelle es schaffen, in einer freundlichen Atmosphäre Vertrauen aufzubauen und Betroffenen Hoffnung geben, ist der Grundstein für ein erfolgreiches Versorgungsmanagement gelegt. Menschen mit chronischen Wunden wünschen sich in ihrer Lebenssituation verstanden zu werden und sich wertgeschätzt zu fühlen (Kouris et al., 2014, S. 746; Gorecki et al., 2009, S. 1181).

Teilnehmende dieser Forschungsarbeit schätzten die Qualität der pflegerischen Wundversorgung überwiegend als sehr hoch ein. Als heterogener stellte sich hingegen die hausärztliche Versorgung dar. Betroffene in stationären Einrichtungen schätzen die Versorgungsqualität zumeist als sehr hoch ein, wohingegen Menschen in ihrer Häuslichkeit die ärztliche Wundversorgung als eher hoch oder gering einschätzten. Aus Studien wird berichtet, dass eine unverständliche Sprache (Fachvokabular) oder die Reduktion des Menschen auf seine Wunde (teilweise Objektivierung) zu negativen Empfindungen des Betroffenen führen (Gorecki et al., 2012, S. 8). Der Kampf gegen die klinischen Symptome und der Akt der Wundversorgung an sich lässt unter Umständen im hektischen Praxisalltag den Blick auf die beeinträchtigte Lebenssituation und die individuellen Bedürfnisse nicht mehr zu (Jones, Robinson & Barr, 2008, S. 53). In der vorliegenden Studie berichtete ein Betroffener,

6 Diskussion

dass ihm seitens der Professionellen keine zufriedenstellenden Antworten auf seine Fragen gegeben wurden und seine eigenen Beobachtungen keine Beachtung fanden. Ein positiver Zusammenhang besteht gewiss zwischen dem Einbezug des Betroffenen in Entscheidungsprozesse und der langfristigen Therapietreue. Auch in dieser Untersuchung notierte ein Teilnehmer handschriftlich, dass er gerne in die Versorgung miteinbezogen werden würde. Förderung der Selbstmanagementkompetenzen gelten indessen als präventiver Faktor in der Therapie und können durch die Methode des „Motivational Interviewing“ ärztlicherseits sogar zu Verbesserungen führen (Fejfarová et al., 2014, S. 5). McBride et al. (2016, S. 1483) fanden heraus, dass Menschen mit DFS und einer niedrigen Selbstmanagementkompetenz häufiger amputiert werden. Wissensdefizite bei Betroffenen mit Diabetes mellitus und fortschreitende Morbidität sowie unzureichendes Know-how in der pflegerischen Versorgung und der ärztlichen Behandlung führen zu immer größeren Amputationsraten. Die Sankt-Vincent-Deklaration zielt bis 2020 auf eine 50%-ige Reduktion der Amputationen ab (Navarro-Flores et al., 2015, S. 411).

Der Einbezug des familiären Netzwerks spielt hierbei eine bedeutende Rolle. Zumeist werden Angehörige als Unterstützung zur pflegerischen und medizinischen Versorgung wahrgenommen und tragen eine große Verantwortung, wobei sie die Selbstmanagementkompetenzen stärken und Rezidivprophylaxemaßnahmen fördern bzw. helfen, diese umzusetzen (Hoban et al., 2015, S. 50; de Fátima Rodrigues dos Santos et al., 2016, S. 135). 64 % der Menschen^{amb. Pfl.} gaben in dieser Forschungsarbeit an, dass ihre Angehörigen (meist Ehepartner oder Kinder) in die hausärztliche Wundversorgung einbezogen werden, weitere 25 % wünschten sich dies. Hingegen wurden 85 % der Angehörigen von Menschen^{stat. Pfl.} nicht involviert. 82 % der Befragten^{stat. Pfl.} möchten die Einbindung von Familienmitgliedern nicht und lehnen dies weiterhin ab. Auch in der pflegerischen Wundversorgung fand die Einbeziehung der Angehörigen Platz (55 %^{amb. Pfl.} und 13 %^{stat. Pfl.}). Es lässt sich ein Zusammenhang zwischen den soziodemografischen Merkmalen Betroffener^{stat. Pfl.} und des „Nicht-Einbinden-Wollens“ von Angehörigen assoziieren. Diese Probanden waren eher verwitwet (56 %) oder ledig (26 %) und kinderlos (41 %). Teilnehmende^{amb. Pfl.} fühlten sich zwar nach den Ergebnissen des Wound-QoL wegen ihrer Wunde abhängig von der Hilfe anderer, begrüßten es trotzdem, ihre Angehörigen in die hausärztliche und pflegerische Wundversorgung mit einzubinden.

Ebenfalls gehört es zum Aufgabenspektrum von Pflegefachkräften und Hausärzten, pflegenden Angehörigen Aufmerksamkeit zu schenken, vor allem in den Bereichen Schmerzerleben, depressive Verstimmung, suizidales Verhalten und/oder Ängstlichkeit. Bei pflegenden Angehörigen lässt sich eine hohe Prävalenz des „caregiver syndroms“ beobachten, das mit physischen, psychischen und sozialen Einschränkungen einhergeht (Rodrigues, Ferreira & Ferré-Grau, 2016, S. 3028). Einen Erklärungsansatz liefert Kouris et al. (2015, S. 780), indem er davon ausgeht, dass ältere Familienmitglieder sich zusätzlich um die

6 Diskussion

Pflege ihrer Verwandten kümmern, obwohl sie selbst von gesundheitlichen Einschränkungen betroffen seien. Bei pflegenden Angehörigen besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen der selbstständigen Durchführung des Verbandwechsels und einem stärkeren Schmerzerleben sowie verminderter Vitalität (Rodrigues, Ferreira & Ferré-Grau, 2016, S. 3033). Angehörige von Menschen mit chronischen Wunden wiesen häufig leichte bis mittelschwere Depressionen auf, und das Belastungserleben nahm mit der Größe der Wunde zu (Hoban et al., 2015, S. 51; Rodrigues, Ferreira & Ferré-Grau, 2016, S. 3031). Angesichts der Ergebnisse dieser Studie, in der die Wundgröße bei Menschen in der eigenen Häuslichkeit im Mittel 12 cm² betrug, ist dies ein nicht zu unterschätzender Aspekt.

Um den Heilungsverlauf positiv zu beeinflussen, ist es für Gesundheitsprofessionelle wichtig, die Risikofaktoren/Störfaktoren des Betroffenen mit chronischen Wunden zu erkennen und bestmöglich zu reduzieren, wenn nicht sogar zu eliminieren. In der Analyse wurde deutlich, dass fast die Hälfte aller Teilnehmenden (ambulant wie auch stationär) Bewegungsmangel aufwiesen. Bewegungsmangel steht wiederum in Zusammenhang mit Übergewicht, Adipositas und reduzierter Lebensqualität (Marola et al., 2016, S. 133). Bewegungsförderung kann einen Teil zur Verbesserung der Lebensqualität beitragen. Wichtig hierbei ist Wissen über die Schmerzwahrnehmung des Betroffenen sowie den gezielten Einsatz von Analgetika (Siersma et al., 2013, S. 1386). Nach einem zwölfwöchigen progressiven Bewegungsprogramm in der Häuslichkeit konnte das Forscherteam um O'Brien et al. (2016, S. 134) eine verbesserte körperliche Leistungsfähigkeit nachweisen. Betrachtet man nochmals die vorliegenden Wundarten der Probanden, so wird ersichtlich, dass bei 70 % der Teilnehmenden^{amb. Pfl.} und 35 % der Betroffenen^{stat. Pfl.} ein Ulcus cruris bestand und Experten der Ansicht sind, dass nur unter Bewegung eine effektive Kompression zu erreichen sei (Uschok & Protz, 2015, S. 258). Selbst bei Dekubitus – davon waren insgesamt 13 Probanden betroffen – stellt Bewegung eine Dekubitusprophylaxe dar (DNQP, 2010, S. 33). Hingegen stellt eine Druckbelastung des Fußes für die meisten Betroffenen mit DFS und einem aktiven Ulcus eine Kontraindikation dar (Deml, Osterbrink & Huber, 2015, S. 321).

Pflegefachkräfte ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen sowie Hausärzte kamen ihrer Aufgabe nach und erklärten Betroffenen die Notwendigkeit von Bewegung. Trotzdem finden Anleitungssituationen, die Bewegungsförderung beinhalten, eher weniger Platz im pflegerischen Alltag. Etwa 38,3 % PfK^{amb. Pfl.} und 42,2 % PfK^{stat. Pfl.} gaben an, Betroffene hinsichtlich ihrer Mobilitäts- und Aktivitätseinschränkungen anzuleiten, so bspw. mit kontrolliertem Gehtraining oder regelmäßiger Gelenkrotation (DNQP, 2009, S. 114ff.).

In dieser Forschungsarbeit stellte sich heraus, dass Menschen in ihrem häuslichen Umfeld mehr Informationen vonseiten ihres Hausarztes erhielten als Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen. Dennoch nahmen beide Gruppen die Versorgungsqualität als sehr hoch wahr und waren damit zufrieden. Auch Renner et al. (2009) stellten bei Studienteilnehmern eine erhebliche Zufriedenheit mit dem behandelnden Arzt fest. Das Autorenteam fand den

6 Diskussion

bedeutsamen Aspekt heraus, dass die Heilung der Wunde nicht die gewünschte Wirkung auf die Verbesserung der Lebensqualität hatte. Trotz abgeheiltem Ulcus bleiben Menschen weiterhin chronisch krank und multimorbide (Renner et al., 2009, S. 958). Der Wunsch nach Heilung scheint recht nachvollziehbar; so notierten zwei Probanden in dieser Studie unter der offenen Frage, was ihnen auf dem Herzen liege, dass die Abheilung der Wunde für sie prioritär sei. Konträr hierzu gibt es in der Psychologie das Phänomen der „sozialen Wunde“. Dies tritt ein, wenn Betroffene ihre Wunde manipulieren oder die Behandlungsanweisungen und Therapieempfehlungen absichtlich nicht befolgen, sodass sie nicht zum Abheilen kommt. Durch den Wundverschluss käme es zu einer Reduktion der sozialen Kontakte (weniger Arztkontakte, keine häusliche Pflege), was eine reduzierte Lebensqualität in sich bergen könnte (Moffatt et al., 2009, S. 750).

Im weiteren Verlauf werden die Ergebnisse seitens der Befragung saarländischer Gesundheitsprofessioneller (Pflegefachkräfte, Pflegedienstleitungen und Hausärzte) mit spezifischen Ergebnissen der Betroffenenbefragung ausdiskutiert.

Der Zugang zu Mitarbeitern der pflegerischen Einrichtungen basierte auf einer direkten telefonischen Kontaktaufnahme über die Einrichtungsleitungen (s. Kap. 4.3.1 und 4.3.3). Hausärzte wurden mittels eines E-Mail-Verteilers der KVS über die Studie informiert und zur Teilnahme gebeten (s. Kap. 4.3.4).

Insgesamt kamen 120 ambulante Pflegedienste und 147 Pflegeheime für die Teilnahme in Frage, letztendlich erklärten sich davon 20 ambulante Pflegedienste und 74 stationäre Einrichtungen dazu bereit. Die hohe Rücklaufquote von 46,81 % (netto) liegt in der persönlichen Kontaktaufnahme und der Möglichkeit der informierten Entscheidungsfindung begründet. Dieses Vorgehen war sehr zeit- und kostenintensiv, jedoch empfanden Pflegedienstleitungen diese Zugangsart als sehr wertschätzend und begrüßten das Interesse an ihrer Einrichtung. Die Stichtagserhebung fand onlinebasiert statt, was dahingehend gerechtfertigt war, dass alle Leitungsfunktionen über einen freien Internetzugang (inkl. E-Mail-Adresse) über die Trägerschaft verfügten. Als Erkenntnis aus der Studie ergab sich jedoch, dass dieser Zugang nicht allen Mitarbeitern der Pflege gewährt wird, sodass eine Online-Erhebung unter saarländischen Pflegefachkräften kaum bis gar nicht möglich ist. Die Akzeptanz dieser Erhebungsart war außerdem bei Pflegefachkräften mit E-Mail-Adresse nicht sehr groß. Daraufhin wurde die Studie zu einer Paper-based-Befragung umorganisiert. Schließlich konnte eine Nettorücklaufquote von 26,66 % bei Pflegefachkräften erreicht werden. Betrachtet man sich die Ergebnisse des Digitalgipfels der Bundesregierung, so werden auch Stimmen laut, die die Pflege dahingehend kritisieren, die digitalen Chancen noch nicht ausreichend zu nutzen (ärzteblatt, 2017). Ob eine Online-Erhebung die effektivste Erhebungsform unter saarländischen Hausärzten ist, kann man nach dieser Studie stark anzweifeln. Der Bruttorücklauf betrug nur 2,11 %. Die Ergebnisse müssen aus diesem Grund mit Bedacht interpretiert werden. In einer anderweitigen hausärztlichen Befragung mit

6 Diskussion

unterschiedlichen Erhebungsarten wurden Rücklaufquoten von 18 % erreicht, dennoch lagen die Online-Rückläufe deutlich unter denen der postalischen Befragung (Herrmann, Robra & Marx, 2016, S. 225). Daher kann man sich folgende Fragen stellen: Fühlen sich Hausärzte derzeit von Studienanfragen überflutet und folglich „überfragt“? Besteht ein Grund vielleicht in einem höheren Lebensalter oder im Desinteresse an der Thematik? Das saarländische Gesundheitsministerium beziffert, dass circa 30 % der 670 saarländischen Hausärzte in den kommenden vier Jahren das Renteneintrittsalter erreichen (Kindel & Zegelman, 2017). Jedoch können nur Vermutungen angestellt werden. Für weitere Studien ist ein persönlicher Zugang zu empfehlen, ggf. ein Aufsuchen der Arztpraxis, um die Teilnahmequote zu erhöhen. Aber auch qualitative Forschungsmethoden sind sicherlich in Erwägung zu ziehen (wie beispielsweise Experteninterviews).

Ambulante Pflegeeinrichtungen betreuen im Mittel 150 ($\pm 190,03$) Patienten, davon leiden 6,87 ($\pm 12,67$) an einer chronischen Wunde. Die häufigste Wundart stellte das Ulcus cruris venosum dar. In stationären Pflegeeinrichtungen werden durchschnittlich 94,38 ($\pm 38,73$) Bewohner versorgt, wovon 4,38 ($\pm 3,12$) von einer nicht heilenden Wunde betroffen sind. Am häufigsten traten hier Dekubitus Grad 2 nach EPUAP auf. Die Prävalenzen unterscheiden sich je nach pflegerischem Setting nicht signifikant voneinander (im Mittel 4,6 % ambulant versus 4,6 % stationär). Hausärzte betreuten in der Regel gemeinsam mit ambulant und stationär tätigen Pflegefachkräften vorrangig Menschen mit Ulcus cruris venosum und Diabetischem Fußsyndrom, gefolgt von Dekubitus. 40 ($\pm 31,90$) Patienten, die gleichzeitig von einem ambulanten Pflegedienst versorgt werden, und 43,50 ($\pm 28,79$), die in einer stationären Pflegeeinrichtung leben, werden von ihren Hausärzten im Durchschnitt versorgt, wovon 6,25 ($\pm 4,20$) ambulant und 12 ($\pm 15,29$) stationär eine chronische Wunde aufweisen. Das entspricht einer mittleren Prävalenz chronischer Wunden von 15,6 % in ambulanten Pflegediensten und 27,6 % in stationären Pflegeheimen. Aktuelle Veröffentlichungen schätzen eine Prävalenz von 1,1 % der deutschen Bevölkerung, die mit steigendem Lebensalter exponentiell ansteigt (Köster & Schubert, 2012, S. 104; Silva et al., 2013, S. 97; Sellmer et al., 2013, S. 155; Wachholz et al., 2014, S. 73). In der Studie von Köster und Schubert (2012, S. 85) waren der Anteil von Menschen mit Dekubitus besonders hoch, gefolgt von Ulcus cruris und DFS, was nicht mit den Ergebnissen der vorliegenden Studie konform geht. Dennoch müssen die geringen Rücklaufquoten bei der Interpretation berücksichtigt werden.

Pflegefachkräfte und Hausärzte wurden befragt, inwieweit sie die Möglichkeit haben, in ihrer täglichen Arbeit Menschen mit chronischen Wunden (und ggf. deren Angehörige) zu spezifischen Phänomenen/Themen Informations- und/oder Beratungsgespräche und/oder Anleitungssituationen zugutekommen zu lassen. In der Befragung von Betroffenen stellte sich heraus, dass knapp die Hälfte der Probanden einen Wundschmerz wahrnahm (40 % ^{amb. Pl.}; 46 % ^{stat. Pfl.}). Davon litten die meisten Befragten ^{stat. Pfl.} (88 %) während des Verbandwechsels an Schmerzen. 75 % der ambulant Versorgten gaben an, geradezu kontinuierlich Schmerzen

6 Diskussion

zu empfinden. Insgesamt bekam mehr als die Hälfte der eingeschlossenen Teilnehmer Analgetika verordnet. Schmerz stand auch im Mittelpunkt der pflegerischen und medizinischen Arbeit. Über 80 % der befragten Gesundheitsprofessionellen informierten Betroffene über Schmerzwahrnehmung und führten zu 60 % Beratungsgespräche durch. Um den Schmerz klassifizieren zu können, nutzten Pflegefachkräfte häufig die Numerische Ratingskala (NRS). Hausärzte verwendeten entweder die Visuelle Analogskala (VAS) oder die NRS. Schmerz ist der in der Literatur der am häufigsten genannte Faktor, der die gesundheitsbezogene Lebensqualität negativ beeinträchtigt (Bratan Romić et al., 2015, S. 312). Dies muss jedoch nicht unbedingt in erster Linie mit dem Geschwür assoziiert sein (Renner et al., 2009, S. 958). Menschen in fortgeschrittenem Lebensalter haben eine sensiblere Schmerzwahrnehmung. Studien stellten fest, dass Bewegung einen positiven Effekt auf das Schmerzempfinden hat (DNQP, 2009, S. 115). Eine ausreichende Schmerztherapie ist das A und O der Therapie (Renner et al., 2009, S. 958), sonst führt der Schmerz zu sozialer Isolation, Ängsten vor Verbandwechseln, zur Vermeidung von Bewegungsübungen und zu Schlafstörungen (Silva et al., 2013, S. 97f.; Bratan Romić et al., 2015, S. 310). Schmerzen können sich bei Wundpatienten chronifizieren. Hausärzte sollten sich auch bei Patienten mit chronischen Wunden an den Empfehlungen des WHO-Stufenschemas orientieren (Renner, Seikowski & Simon, 2014, S. 53). Komorbiditäten bringen häufig multiple Medikationen mit sich, was wiederum zu möglichen Interaktionseffekten mit anderen Substanzen führen kann (Basler et al., 2003, S. 259). Die PRISCUS-Liste stellt hierbei gewiss eine Hilfestellung für Hausärzte dar (Holt, Schmiedl & Thürmann, 2010, S. 544ff.).

Schlafstörungen wurden von Pflegefachkräften im ambulanten Setting eher weniger thematisiert, obwohl Betroffene im Wound-QoL sehr wohl angaben, Schlafprobleme zu haben. Hausärzte hingegen waren zu 100 % der Ansicht, Menschen mit chronischen Wunden hinsichtlich ihrer Schlafstörungen zu beraten. Die Symptombelastung „Schlafstörungen“ kann die Heilungsrate und die Lebensqualität signifikant beeinträchtigen. Dies führt wiederum zu längeren Heilungsverläufen (Finlayson et al., 2017, S. 875).

Auch in anderen Symptombereichen fällt auf, dass Pflegefachkräfte (ambulant und stationär) einen Großteil von Informations- und Beratungsgesprächen durchführen, Anleitungssituationen dagegen werden eher weniger wahrgenommen. Hausärzte geben zum Großteil zu gleichen Teilen an, zu informieren, zu beraten und anzuleiten. Hier stellt sich die Frage, ob Allgemeinmediziner die Begrifflichkeiten eindeutig spezifizieren. Aus dem Pretest mit Hausärzten ging hervor, dass man diese gar nicht trennen kann und dass die Ärzte in Behandlungssituationen stets alle drei Aspekte in einem Patientengespräch aufgreifen (s. Kap. 4.5).

Menschen mit chronischen Wunden, auch deren Angehörige, haben einen Wissensbedarf und benötigen Unterstützung. Deswegen ist es wesentlich, die Kompetenzen zu überprüfen. Exemplarisch sei an dieser Stelle die Durchführung der Fußinspektion bei Menschen mit

6 Diskussion

Diabetes mellitus erwähnt (Gavan et al., 2016, S. 7). Die Förderung der Selbstmanagementkompetenzen ist bei der Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden zentral (McBride et al, 2016, S. 1483). Eine Stärkung des Selbstmanagements führt zu einer verbesserten körperlichen Leistungsfähigkeit, zu psychischer Stabilität bis hin zu einer besseren Wundheilung. Auch Risikofaktoren können dadurch minimiert werden, was mit weniger Notaufnahmen und Krankenhausaufenthalten einhergeht (Fejfarová et al., 2014, S. 5; Navarro-Flores et al., 2015, S. 406). Pflegefachkräfte und Hausärzte haben die Aufgabe, Bedürfnisse von Betroffenen und deren Angehöriger zu erkennen. Erst daraufhin kann eine effektive und effiziente Therapie- und Pflegeplanung erstellt und im Verlauf sinnvoll evaluiert werden (Hopman et al., 2014, S. 1839).

Um den Arbeitsalltag entlastender zu gestalten, wäre es sicherlich hilfreich, in Form von interprofessionellen Verfahrensregelungen zu definieren, welche Berufsgruppe welche Inhalte in welcher Form zu welchen Anteilen übernehmen kann. Knapp 70 % der ambulanten Einrichtungen und 80 % der Pflegeheime setzen solch eine Verfahrensregelung nach Aussage des Managements um. Mitarbeitenden Pflegefachkräften und zuständigen Hausärzten war dies zum Großteil (~60 bis 70 %) bekannt. Laut DNQP beinhaltet diese Regelung unter anderem den Einsatz von Verbandstoffen sowie die Regelung der Zuständigkeiten je nach Berufsgruppe. Nach Analyse der PDL-Befragung stellte sich heraus, dass in 80 %^{amb. Pfl.} und 55 %^{stat. Pfl.} der zu versorgenden Menschen mit chronischen Wunden keine vorausschauende Wundtherapieplanung vorlag.

Wunddokumentation verläuft, zumindest in der ambulanten Pflege, zu 80 % papiergestützt. Der stationäre Sektor passt sich den Entwicklungen an und steigt auf EDV-Software um (49 %). Im häuslichen Bereich kommunizieren Pflegefachkräfte mit Hausärzten häufig (93 %) telefonisch. Anders in Pflegeheimen: Dort findet der persönliche Austausch (86 %) statt, gefolgt von Telefonaten (83 %). Es stellt sich die Frage, ob hier nicht eine Erweiterung der elektronischen Gesundheitskarte sinnvoll wäre: Wenn nicht nur Medikationspläne gespeichert werden könnten, sondern auch die Wunddokumentation im Verlauf, sodass alle am Versorgungsprozess teilnehmenden Berufsgruppen transparente Informationen hätten, und bei Bedarf reagieren könnten; wenn der Betroffene seine Daten jederzeit bei sich tragen würde, könnte man dadurch Informationsverluste durch fehlerhafte Entlassungs- oder Überleitungssituationen (ambulante Pflege, Altenheim, Krankenhaus) vermeiden. Weiterhin stellt sich die Frage, ob man, wenn es so weit kommen sollte, Pflegefachkräften den gleichen Zugang wie Medizinern, Pharmazeuten und Forschern gewährt.

Das Bundesministerium startete 2015 das Projekt „Entbürokratisierung in der Pflegedokumentation“. Grundlage hierfür waren Daten des Statistischen Bundesamtes, die belegen, dass Pflegefachkräfte circa 13 % ihrer Arbeitszeit mit Dokumentation verbringen und aufgrunddessen Unkosten von ungefähr 2,7 Milliarden Euro entstünden. Auch Pflegefachkräfte kommunizierten, mehr Zeit für die Dokumentation aufzuwenden als für die

6 Diskussion

eigentliche Pflege selbst. Somit wurde die „Strukturierte Informationssammlung (SIS®)“ vom BMG vorgeschlagen und sukzessiv in ambulanten und stationären Praxiseinrichtungen vorangetrieben/implementiert (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e.V., 2015). Bei der ersten fachlichen Einschätzung der für die Pflege und Betreuung relevanten Risiken und Phänomene wird „Dekubitus“ als Wunde aufgeführt. Andere Wundarten müsste man als „Sonstiges“ erfassen. Dennoch müsste man bei solch einem komplexen Versorgungsaufwand bundeseinheitlich standardisierte Dokumentations- und Kommunikationsprozesse entwickeln und SIS® modifizieren bzw. erweitern. Eine Dokumentation sollte grundsätzlich dem therapeutischen Interesse des Betroffenen nachkommen und eine ordnungsgemäße Behandlung sicherstellen (Schirmer & Hübner, 2009, S. 2409).

Die AWMF-Arbeitsgruppen konnten keine wundbezogene Klassifikationen identifizieren und empfehlen daher Krankheitsbezogene Klassifikationen, die auch nach dem § 295 SGB V zu einer wundbezogenen Diagnose verpflichten (DGfW, 2012, S. 72ff.; DNQP, 2015, S 215ff.). Vertreter des Managements der befragten Einrichtungen gaben zu über 70 % an, ihren Mitarbeitern solche Instrumente zur Verfügung zu stellen. Das Antwortverhalten der Pflegefachkräfte zeigt deutlich, dass Klassifikationssysteme entweder nicht verwendet werden oder nicht bekannt sind. Hausärzten sind die Systeme durchaus geläufig, die auch mehrheitlich Anwendung finden.

Die Stadieneinteilung nach Fontaine, um ein Ulcus cruris arteriosum zu klassifizieren, wurde von den Hausärzten zu 100 % eingesetzt. Auch die Klassifikation nach Wagner/Armstrong, mit der das DFS eingestuft werden kann, fand bei 70 % der befragten Allgemeinmediziner Anwendung. Veröffentlichungen, die sich mit Fußkomplikationen bei Diabetes-mellitus-Erkrankten beschäftigen, orientieren sich zumeist an der Wagner-Klassifikation (Nemcová et al., 2016, S. 1251; Mazlina, Shamsul & Saini Jeffery, 2011, S. 235). Hingegen wird die Widmer/Marshall-Klassifikation für ein venöses Geschwür von Pflege und Medizin kaum eingesetzt. Publikationen, die sich mit Wundarten beschäftigen, nutzen häufig Klassifikationsinstrumente, um Menschen mit chronischen Wunden zu randomisieren. An dieser Stelle sei exemplarisch das CEAP-Schema genannt, das international anerkannt ist, um chronisch venöse Ulcera einzurordnen (Marola et al., 2016, S. 132; Lozano Sánchez et al., 2014, S. 223f.; González-Consuegra & Verdú, 2011, S. 940f.). 20 % der befragten Hausärzte machten sich dieses Instrument zunutze, 4 % der PfK^{amb. Pfl.} und 3 % der PfK^{stat. Pfl.}. In der Pflege gehört die Klassifikation eines Dekubitus nach dem European Pressure Ulcer Advisory Panel anscheinend zum Standard.

Der Einsatz solcher standardisierter Systeme ist für die Evaluation der Therapie und der Pflege hinsichtlich des Fortschreitens der Erkrankung bis hin zu Komplikationen (Entwicklung eines Ulcus) enorm wichtig. Eine höhere Einstufung in der Klassifikation geht mit einer niedrigeren/schlechteren Lebensqualität einher, so Nemcová et al. (2016, S. 1251) und

6 Diskussion

Lozano Sánchez et al. (2014, S. 223f.). Auch juristische Aspekte dürfen nicht außer Acht gelassen werden. So werden Inhalte medizinischer Leitlinien und pflegerischer Expertenstandards bei Klagen vor Gericht als vorläufige Sachverständigengutachten herangezogen. „Eine Dokumentationslücke lässt nicht zwingend auf einen Behandlungsfehler schließen, bietet aber ein wesentliches Indiz für ein Unterlassen“ (Schirmer & Hübner, 2009, S. 2409).

Klassifizieren können muss gelernt sein. Aus diesem Grund wurden Pflegedienstleitungen dahingehend befragt, ob sie ihren Mitarbeitern in den letzten 24 Monaten Schulungs- und/oder Fortbildungseinheiten zum Themenfeld „Einschätzung von wund- und therapiebedingten Einschränkungen“ angeboten haben. Die Mehrheit bejahte dies, sieht jedoch weiteren Fortbildungsbedarf bei den angestellten Pflegefachkräften. Betrachtet man das Antwortverhalten der professionell Pflegenden, wird deutlich, dass über die Hälfte an solch einem Angebot nicht teilgenommen hatte. Der Umgang mit Einschätzungsinstrumenten gehört scheinbar nicht zu den bisher referierten Inhalten. Auch Hausärzte gaben an, sich in diesem Feld nicht weitergebildet zu haben (90 %). Hausärzte sind überwiegend der Ansicht, keinen Bedarf an Schulungs- und Fortbildungsmaßnahmen zu haben (z. B. Bewegungsförderung, Schmerz). Dagegen wünschte sich ein Drittel der befragten Pflegefachkräfte praktische Inhalte zu Präventionsmaßnahmen. Schmerz wird, besonders in stationären Pflegeeinrichtungen, in Schulungsmaßnahmen thematisiert. Auch hier sehen die Leitungskräfte weiteren Schulungsbedarf ihrer Mitarbeiter. Es hat sich herausgestellt, dass Pflegende Menschen mit chronischen Wunden und ggf. deren Angehörige kaum anleiten. Bei der detaillierten Auswertung des Schulungs- und Fortbildungsbedarfs hat sich gezeigt, das Anleitungs- und Beratungsgespräche selten Inhalt von Bildungsmaßnahmen sind. Über 70 % der Befragten nahmen bspw. an Gesprächsführungsschulungen nicht teil. Das Antwortverhalten der Pflegedienstleitungen unterstützt diese Erkenntnis. Hier gaben knapp 80 % an, „Beratung, Schulung und Anleitung sowie Förderung des gesundheitsbezogenen Selbstmanagements“ als Bildungseinheit nicht angeboten zu haben. Materialien zu Beratung, Schulung und Anleitung werden von fast allen pflegerischen Einrichtungen sowie der Hälfte der Hausarztpraxen bereitgestellt. Jede Trägerschaft, teilweise auch einzelne Einrichtungen, entwickeln hierfür eigens Broschüren oder Handreichungen. Motivierte ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungsleitungen sowie Hausärzte stellen dafür Mitarbeiter für Arbeitsgruppen frei und stellen finanzielle Mittel zur Verfügung. Empfehlenswert wären bundeseinheitliche, evidenzbasierte Beratungsbroschüren, damit Betroffenen und Angehörigen verständliche Informationen zur Verfügung stehen würden und auch Professionelle settingunabhängig darauf zurückgreifen könnten. Das Wundnetz Hamburg ist ein überregionales Wundnetz, das Patientenbroschüren wie zum Beispiel „Wundwissen einfach – praktisch“ zum kostenfreien Download bereitstellt (Wundnetz Hamburg, 2018).

6 Diskussion

Die Studienlage verdeutlicht, dass Prävention, Edukations- und Schulungsmaßnahmen die Therapietreue von Menschen mit chronischen Wunden stärken und die Selbstmanagementkompetenzen fördern. Die Bildungsangebote müssten niedrigschwellig sein, um den Betroffenen die Symptomatiken überhaupt erst näher bringen zu können (Gavan et al., 2016, S. 6). Goie & Naidoo (2016, S. 1177) empfehlen Gruppenberatungen von Menschen mit Diabetes mellitus, um frühzeitig zu intervenieren und Folgekomplikationen wie das Diabetische Fußsyndrom zu vermeiden. Sie nennen exemplarisch die Durchführung einer selbstständigen Fußinspektion oder die passende Schuhwahl. Navarro-Flores et al. (2015, S. 407) sehen ein Potenzial in der frühzeitigen Identifikation von Risikopatienten und Schulungen hin zur Selbstpflege. Dies wiederum geht einher mit einer verbesserten Lebensqualität und einem kürzeren Heilungsverlauf. Forschern ist aber auch bewusst, dass Gesundheitsprofessionen hierbei unbedingt praktischer Übungseinheiten bedürfen, um den Wissenstransfer gewährleisten zu können (Navarro-Flores et al., 2015, S. 409).

Bei Patienten und deren Angehörigen nahmen Pflegefachkräfte und Hausärzte in dieser Erhebung fehlendes Krankheitsverständnis wahr. Diese Aussagen wurden von den zuständigen Pflegedienstleitungen bekräftigt. Die Kosten aufgrund von mangelnder Therapietreue werden in Deutschland auf jährlich 5 bis 10 Milliarden Euro geschätzt. Die daraus entstehenden Folgekomplikationen könnten die geschätzten Milliardenausgaben sogar verdoppeln (Gerber, zitiert nach Mader, 2016, S. 27). In England entstanden sogenannte Leg Clubs, in denen Menschen mit chronischen Wunden gemeindenah, kollektiv und wundspezifisch durch Fachexperten (Pflegefachkräfte, Podologen u. a.) versorgt werden. Sie finden ein- bis zweimal wöchentlich bspw. in Räumlichkeiten der Gemeinde, in Kirchen oder Dorfhallen statt. Diese Örtlichkeiten vermeiden die Stigmatisierung von Betroffenen mit Geschwüren in Gesundheitseinrichtungen (Lindsay, 2010, S. 18). Bis zu 40 Teilnehmer können an einer Sitzung teilnehmen. Leg Clubs werden nach Angaben der Autoren in England, Wales, Schottland und Australien angeboten. Dort haben Mitglieder die Möglichkeit, sich mit anderen Betroffenen auszutauschen. Der Behandlungserfolg anderer kann höchstwahrscheinlich als Motivationsfaktor für sich selbst genutzt werden. Dies verdeutlichen auch die Erfolge im Bereich Heilungsrate und Rezidivvermeidung (Lindsay, 2010, S. 17). Leg Clubs bieten des Weiteren Fortbildungsmöglichkeiten für Pflegefachkräfte, indem Workshops oder Tutorien angeboten werden. Die Leg Club Foundation (CRN 1111259) bietet bei Interesse auch Anleitung, Unterstützung und Schulung während der Implementierung solcher Clubs (Lindsay, 2010, S. 18).

Pflegefachkräfte und Hausärzte würden gerne an interprofessionellen Schulungsmaßnahmen teilnehmen und favorisieren jeweils die andere Berufsgruppe als Teilnehmende. Auch Leitungskräfte der Einrichtungen würden diese Art des gemeinsamen Lernens unterstützen wollen. Beide Berufsgruppen arbeiten auf Grundlage ethischer Kodizes, die evidenzbasierte Fortbildungen als Leitsätze beinhalten. Der International Council of Nurses beschreibt in

6 Diskussion

seinem Ethikkodes: „*Die Pflegende ist persönlich verantwortlich und rechenschaftspflichtig für die Ausübung der Pflege sowie für die Wahrung ihrer fachlichen Kompetenz durch kontinuierliche Fortbildung.*“ (ÖGKV, SBK, DBfK, 2010, S. 2). Die Europäische Berufsordnung der Ärzte beinhaltet Grundsätze ärztlicher Ethik und führt in Punkt 9 auf: „*Der Arzt ist verpflichtet, alle gesicherten Möglichkeiten der medizinischen Wissenschaft zu nutzen und seinen Patienten in geeigneter Form zugutekommen zu lassen.*“ (BÄK, 2018).

Von Interesse in dieser Forschungsarbeit war zudem, wer überhaupt Schulungs- und Fortbildungsmaßnahmen in pflegerischen Unternehmen durchführt. Mehrheitlich übernahmen dies externe Wundmanager und Vertreter von Home-Care-Unternehmen, gefolgt von hausinternen Wundmanagern. Pflegedienstleitungen kommunizierten diesbezüglich in persönlichen Gesprächen die Praktikabilität und das Einsparpotenzial durch die genannten Anbieter. Die Gefahr besteht allerdings darin, in Abhängigkeit von Industrie- und Pharmaunternehmen zu geraten und so eventuell den ganzheitlichen/ unabhängigen Blick im Versorgungsprozess zu verlieren. Die Schulung bezüglich spezieller Wundprodukte, die in der jeweiligen Praxiseinrichtung zum Einsatz kommen und durch Vertreter der jeweiligen Pharmaindustrie oder des Medizinproduktehersteller vorgestellt und referiert werden, stehen hierbei außer Kritik. Diese Schulungsmaßnahmen beinhalten allerdings gezielt die Thematiken der Wundversorgung, Einsatz der Wundauflagen oder Wundspülösungen. Andere Themenfelder sollten alleine aus ethischer Überzeugung und unabhängiger Fachlichkeit frei von finanziellem Interesse thematisiert werden. An dieser Stelle sei das Antikorruptionsgesetz (§ 299a, b StGB) erwähnt, das die Bestechlichkeit von Gesundheitsdienstleistern einzudämmen versucht. Auch die DEGAM gibt für die Tage der Allgemeinmedizin vor, industrieunabhängig zu sein. Sponsoring durch Industrie- und Produktwerbung werde nicht erlaubt (Egidi, 2009, S. 146).

Positiv hervorzuheben sind die Pflegedienstleitungen, die diejenigen Mitarbeiter erkennen, motivieren und fördern, die ein Interesse an Wundversorgung haben. Sie unterstützen die Mitarbeiter darin, sich eine fachliche Expertise im Bereich der Wundversorgung anzueignen (z. B. ICW, DGfW), um diese folglich als Multiplikatoren in der Einrichtungen einzusetzen. Das betraf 40 % der ambulanten und 28 % der stationären Einrichtungen.

Der Umgang mit Menschen, die von einem Ulcus betroffen sind, ist sehr anspruchsvoll. Daher empfiehlt das DNQP den Einsatz eines pflegerischen Fachexperten (DNQP, 2015, S. 23f.). Ein Großteil der befragten Einrichtungsleitungen verfügt über Mitarbeiter mit einer speziellen wundbezogenen Fachqualifikation (40 %^{amb. Pfl.}; 28 %^{stat. Pfl.}), Palliative-Care-Fachkräfte (27 %^{amb. Pfl.}; 24 %^{stat. Pfl.}) oder Pain Nurses (13 %^{amb. Pfl.}; 3 %^{stat. Pfl.}). Teilnehmende Pflegefachkräfte hingegen wiesen lediglich vereinzelt wundspezifische Qualifikationen auf. Hausärzte waren hinsichtlich ihrer Wundexpertise nicht speziell weiterqualifiziert (0 %). Sie absolvierten Fachweiterbildungen im Bereich Palliativmedizin (20 %) oder in der speziellen Schmerztherapie (20 %). An dieser Stelle ist sicherlich nachvollziehbar, dass ein Fachexperte

6 Diskussion

pro Institution nicht ausreicht. Urlaubs- und Krankheitszeiten, Fortbildungstage oder sonstiges können demzufolge zu einer Unterversorgung bzw. Fehlversorgung führen. Auch in Hausarztpraxen sollten vereinzelte Mitarbeiter wundspezifische Qualifikationen nachweisen. Wie auch immer sich das deutsche Gesundheitssystem entwickeln wird: Evidenzbasiert ist, dass multiprofessionelle Teamarbeit und frühzeitige Interventionen Heilungs- und Behandlungszeiten reduzieren können (Marola et al., 2016, S. 134). In der Betroffenenbefragung zeichnet sich ein konträres Bild zu den Angaben der Hausärzte und Pflegedienstleitungen ab, wenn es um den Einbezug weiterer Fachärzte geht. Außer den Hausärzten inspizierten, bei jeweils 23 % regelmäßig bis vereinzelt, Chirurgen die Wunde von Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen. Im ambulanten Setting sichteten die Wunde regelmäßig (18 %) Dermatologen und/oder Chirurgen (9 %). Auch im Fragebogen Teil 2 der Betroffenen antworteten die zuständigen Pflegefachkräfte, dass außer dem Hausarzt kaum Fachärzte in die Versorgung involviert seien. Harrison et al. (2008, S. 249) plädieren für spezielle ambulante Pflegedienste, in denen ausgebildete Wundexperten arbeiten. Diese verfügen über umfangreiches Wundwissen und praktische Fertigkeiten. Mit ihrer Ausrüstung (Doppler, Kompressionsverbände u. a.) könnten sie ein umfangreiches Assessment durchführen und einen Pflegeplan entwickeln, anhand dessen sie den Krankheitsverlauf evaluieren. In Kanada wurden sogenannte „evidence-based Services“ untersucht. Pflegefachkräfte erhielten eine zwölfmonatige theoretische und praktische Ausbildung und hatten währenddessen einen versierten Mentor im Hintergrund („buddy system“), der bei Fragestellungen Unterstützung gab. Nach Implementierung verbesserten sich die Dreimonats-Heilungsraten, die Kompressionstherapien verdoppelten sich, die Pflegebesuche sanken von 3 auf 2,1 Besuche wöchentlich und die mittleren Kosten pro Behandlungsfall sanken von 1.923 Dollar auf 406 Dollar (Harrison et al., 2005, S. 1447ff.).

Teilnehmende Betroffene nahmen relativ wenig Arztkontakte im letzten Monat wahr. Menschen, die in ihrer Häuslichkeit lebten, nahmen mehr Besuche in Arztpraxen wahr als Betroffene in stationären Pflegeeinrichtungen. In 36 % der Fälle fand eine Arztkonsultation im häuslichen Umfeld des Betroffenen statt, dies war bei 21 % bei Bewohnern in Pflegeheimen der Fall. Die Anzahl der stationären Krankenhausaufenthalte war bei Menschen, die durch ambulante Pflegedienste versorgt wurden, höher als bei Teilnehmern aus Pflegeheimen. Dies kann im Zusammenhang mit der Größe der Wunde und der niedrigeren Lebensqualität stehen. Pflegedienstleitungen und Hausärzte wurden danach befragt, wen sie als Ansprechpartner und Berater in schwierigen Situationen in die Versorgung einbeziehen könnten. Leitungen ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen konsultierten prioritär Hausärzte, externe Wundmanager und Vertreter von Home-Care-Unternehmen. Hausärzte hingegen kontaktierten andere Fachärzte, Pflegefachkräfte und Medizinische Fachangestellte. Auch hier sollte seitens des Pflegemanagements und der Hausärzte das finanzielle Interesse von externen Wundmanagern und Home Carern bewusst sein.

6 Diskussion

Obwohl die Therapiehoheit beim Hausarzt liegt, trafen mit einem relativ hohen Prozentsatz externe Wundmanager und Home-Care-Vertreter die Entscheidung über den Einsatz von Wundversorgungsmaterialien. Glaeske (2011, S. 80) ist der Ansicht, es gebe keine „belastbare“ gesetzliche Regelung, welche die unmittelbaren ärztlichen Tätigkeiten beschreibe. Dies sei im Bereich der interprofessionellen Zusammenarbeit problematisch. Nach § 1 Abs. 2 Heilpraktikergesetz (HPG) müssten sämtliche Versorgungsleistungen durch einen Arzt ausgeführt werden. Der Einbezug externer Wundmanager wurde vereinzelt von Hausärzten als problematisch erachtet. Sie sprachen sich in dieser Studie für mehr Unabhängigkeit von Medizinprodukteherstellern in den Pflegeeinrichtungen aus. Stationäre Einrichtungen würden diese Expertise aus ökonomischem Interesse outsourcen, dies führe allerdings zu hohen Behandlungskosten und belaste ihr Praxisbudget. Vertreter von Medizinprodukteherstellern oder Home-Care-Unternehmen erhalten zum Großteil keine Honorare der Krankenkassen und rechnen ihre Arbeitsleistung meist über Rezeptverordnungen ab (Sellmer, 2016, S. 55). Wenn die Finanzierung auf dem Verkauf von Wundauflagen basiert, ist dies tatsächlich kritisch zu hinterfragen und unter Einbezug von § 299a, b StGB enorm fragwürdig. Sellmer fordert, Leistungen von finanziellen Abhängigkeiten strikt zu trennen (Sellmer, 2016, S. 55). Hierbei leitet sich eine neue Fragestellung ab: Ist es gerechtfertigt, dass Leitungen ambulanter Pflegedienste, in denen Menschen mit chronischen Wunden in einem Abhängigkeitsverhältnis stehen, auch gleichzeitig ein Home-Care-Unternehmen leiten, das vom Verkauf von Wundmaterialien aller Wahrscheinlichkeit nach eine Gewinnbeteiligung erwartet? Pflegedienstleistungen brachten des Weiteren einen wichtigen Aspekt zum Vorschein: Durch den Einsatz externer Wundmanager bestehe die Gefahr, dass Pflegefachkräfte ihre Kompetenzen verlieren. Eine Manipulation der Pflegefachkräfte kann nicht selbstverständlich ausgeschlossen werden.

Letztlich wurden Pflegefachkräfte und Hausärzte über ihre Zusammenarbeit im Bereich der Wundversorgung befragt. Ambulante Pflegedienstleistungen bewerteten die Kooperation mit Hausärzten als „gut“ und „befriedigend“. Im Durchschnitt arbeiten sie jeweils mit 10,6 ($\pm 12,61$) Ärzten zusammen. Unzufrieden dagegen waren Leitungskräfte stationärer Einrichtungen, welche Noten von „sehr gut“ bis „ausreichend“ für ihre ärztlichen Kollegen verteilten, obwohl Pflegeheime mit weniger Ärzten zusammenarbeiteten (Mean 6,89 $\pm 5,69$). Hausärzte beurteilten die Zusammenarbeit je nach Setting. Für ambulante Dienste vergaben sie überwiegend die Note „gut“ (40 %), aber auch „ausreichend“ (30 %). Die Zusammenarbeit mit Mitarbeitern des stationären Bereichs wurde zum Großteil mit „gut“ (60 %) bewertet, 20 % der Ärzte vergaben jedoch eine „ungenügend“. Teilnehmende Pflegefachkräfte konnten sich in ihrer Benotung nicht festlegen und gaben überwiegend „teils teils“ zufrieden an. Je nach Arzt und Patient gäbe es hierbei Unterschiede und man könne dies nicht verallgemeinern, so mündliche Rückmeldungen.

6 Diskussion

Was sich sehr positiv abbildet, ist das professionelle Verhalten der Pflegefachkräfte und Hausärzte gegenüber den Betroffenen mit chronischer Wunde. Die Teilnehmenden empfanden die Kooperation zwischen ihrem Hausarzt und ihrer zuständigen Pflegefachkraft überwiegend „gut“ bis „sehr gut“. Jones, Robinson und Barr (2008, S. 58) beschreiben in ihrer Publikation, dass Menschen circa 1,5 Stunden am Tag an ihre Wunde denken. Das verdeutlicht die herausfordernde Situation der Professionellen, Menschen in ihrem Wundheilungsprozess dort abzuholen, wo sie stehen, sie mit dem derzeit besten verfügbaren Wissen zu versorgen und gleichzeitig zu fördern.

Pflegefachkräfte und Hausärzte wurden indes befragt, ob sie in ihrer beruflichen Laufbahn Versorgungsbrüche bei Menschen mit chronischen Wunden beobachtet hätten. Pflegefachkräfte kritisierten die ärztliche Versorgung. Vor allem das Verordnungsverhalten sei verbesserungswürdig. Fehlende Rezeptierungen führten zu unzureichender Wundversorgung. Auch die Zusammenarbeit mit Hausärzten und deren fachliche Expertise in der Therapie von chronischen Wunden fand Kritik. Sellmer (2016, S. 55) begründet unzureichende Verordnungen von Verbandmitteln darin, dass Wundversorgung und Verbandstoffe im Medizinstudium kaum thematisiert werden. Infolge der Intransparenz der Produktpreise blieben Ärzten budgetrelevante Kosten unbekannt. Weiterhin führe mangelndes Wissen zu einem ineffizienten Einsatz von Verbandmaterialien oder vermeidbare Kombinationen von Wundauflagen würden umgesetzt (in der Praxis spricht man auch von sogenannten Wundburgern). Man könne eine Kostenexplosion von Wundauflagen verzeichnen, welche häufig unbemerkt verlaufe. Der Autor ist auch der Ansicht, Ärzte und Krankenkassen wüssten oftmals nicht konkret, bei welchen Produkten es sich überhaupt um Verbandmaterialien handle (Sellmer, 2016, S. 55).

Ein unzureichendes Überleitungs- und Entlassungsmanagement seitens der Krankenhäuser wurde sehr häufig angesprochen. Pflegefachkräfte berichten von Fällen, in denen keine Wunddokumentation vorlag, Änderungen der Therapie nicht transparent waren oder Verbandmaterialien für die weitere Versorgung nicht mitgegeben wurden. Sie beobachten eine Zunahme von ungeplanten Wochenendentlassungen, die wiederum mit den Ansprechzeiten des Hausarztes nicht vereinbar seien. Als Vorschlag, wie es besser sein könnte: beispielsweise zeitnahe Verordnungen über eine weitere Wundtherapie, um eine Bestellung der Materialien und eine rechtzeitige Lieferung zu ermöglichen. Änderungen bezüglich der Wundversorgung in Kliniken wurden aus Angst vor Regressen teilweise von Hausärzten nicht übernommen. Wochenendentlassungen führten auch bei Hausärzten zu Unzufriedenheit. Sie fühlten sich nicht ausreichend informiert und kritisieren ihre ärztlichen Kollegen hinsichtlich unzureichender/fehlender Arztbriefe. Ein defizitäres Überleitungsmanagement wird in der Literatur häufig beschrieben und geht mit den Angaben der Pflegefachkräfte und Hausärzte in dieser Studie konform. Bemängelt werden fehlende oder defizitäre Kommunikationsstrukturen (Weitergabe von Teilinformationen, fehlende Wunddokumentationen), unzulängliche

6 Diskussion

Steuerung (zu wenig oder zu späte Informationen für fortführende Behandler) und karge bis keine Evaluation (Mader, 2016, S. 25). Am 1. Januar 2012 trat das Versorgungsstukturgesetz in Kraft, mit dem jeder Patient einen Anspruch auf Entlassungsmanagement hat (§ 39 (1) SGB V). Das Saarländische Krankenhausgesetz unterstreicht im § 6 (2) SKHG die Zuständigkeiten des Krankenhauses, alle nötigen Maßnahmen zu ergreifen, um dem Patienten eine organisierte Überleitung in ambulante oder stationäre Pflegeeinrichtungen zu ermöglichen. Wingenfeld definiert Entlassungsmanagement wie folgt: „*Pflegerisches Entlassungsmanagement ist ein Prozess zur Unterstützung des Patienten bei der Bewältigung des Übergangs vom Krankenhaus in ein anderes Versorgungssetting.*“ (Wingenfeld, 2011, S. 9). In einem Krankenhaus tätige Pflegefachkräfte können nicht die gesamten Versorgungsstrukturen außerhalb der Klinik kennen (Initiative Patientenkoordination, 2014). Deswegen ist der Einsatz von Sozialarbeitern unabdingbar und wird als unterstützend erlebt. Diese verfügen jedoch nicht über eine wundspezifische Pflegekompetenz. Auch in Krankenhäusern ist es erforderlich, dass Pflegefachkräfte Patientenedukation durchführen, die Bedarfe des Betroffenen in seiner weiteren Versorgung identifizieren (notwendige Hilfsmittel) und mit Sozialarbeitern gemeinsam organisieren. Zur Überleitung gehören unter anderem die Organisation der häuslichen Krankenpflege, die Pflegeberatung wie auch eine umfassende Wunddokumentation (Mader, 2016, S. 25). Pflegedienstleitungen der vorliegenden Studie notierten positive Erfahrungen in Zusammenarbeit mit einer Klinik. Beispielsweise führte ein Krankenhaus vor Entlassung des Betroffenen eine gemeinsame Wundversorgung mit der zuständigen Pflegefachkraft des Pflegeheimes und dem Stationsarzt durch, sodass vor Rückverlegung Fragen und Unklarheiten geklärt werden konnten.

Alle Berufsgruppen wurden darüber befragt, welche Wünsche sie für die zukünftige Zusammenarbeit hätten. Eine große Anzahl von Pflegefachkräften wünschte sich unabhängig vom Setting geplante Wundvisiten mit dem zuständigen Hausarzt des Betroffenen. Sie erhoffen sich dadurch die gemeinsame Erstellung eines Therapie- und Behandlungsplans und Verbindlichkeiten. In der Studie von Panfil et al. (2002, S. 175) kristallisierte sich heraus, dass unterschiedliche fachliche Expertisen und Erfahrungswelten seitens der Professionellen zu Spannungen zwischen den Berufsgruppen führen. Von großer Relevanz war auch eine wertschätzende Zusammenarbeit. Es fehle seitens der Mediziner an Vertrauen hinsichtlich der Fachlichkeit pflegerischer Mitarbeiter. Pflegedienstleitungen ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen bekräftigen die Notwendigkeit gemeinsamer Wundvisiten und plädieren an Hausärzte, mehr Vertrauen in die Arbeit ihrer pflegerischen Mitarbeiter zu haben und diese auch anzuerkennen. Becker et al. (2005, S. 26) bestätigen, dass regelmäßige Visiten oder gemeinsame Fallkonferenzen in stationären Pflegeeinrichtungen eher die Ausnahme darstellen. Unbestritten bleibt, dass Hausärzte die wichtigste Versorgungsstruktur in Pflegeheimen übernehmen und aufgrund ihrer Facharztqualifikation dafür auch in hohem Maße geeignet sind (Becker et al., 2005, S. 25f.). Nach Fleischmann et al. (2016, S. 3ff.)

6 Diskussion

nehmen Hausärzte einen Heimbesuch als umso produktiver wahr, je stärker Pflegefachkräfte ihre Erwartungen erfüllen. Die Autoren fand im Projekt interprof heraus, dass Hausärzte sehr wohl an der Zusammenarbeit mit Pflegefachkräften der Einrichtungen interessiert sind. Sie erwarten die Einhaltung der vereinbarten Termine, Vorbereitung und Bereitstellung der Dokumentation, eine kurze Übergabe und wenn möglich die Begleitung zur Visite (Fleischmann et al., 2016, S. 3ff.).

Aufgrund ihrer bisherigen Erfahrung wünschten Hausärzte sich hingegen mehr fachliche Expertise. Beispielsweise erwarten sie Begründungen für die Auswahl von vorgeschlagenen Verbandmaterialien und rationale Diskussionen. Dahingehend stellt sich die Frage, ob die Ausbildungsziele, die in den Gesetzen über die Berufe in der Kranken- und Altenpflege (KrPflG, AltPflG) definiert werden, dahingehend ausreichen. Die Richtlinie des GBA über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbstständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V wurde im Jahr 2012 im Bundesanzeiger veröffentlicht. Demnach sollen Berufsangehörige in Modellprojekten zur Verhütung, Feststellung, Heilung oder Linderung von Erkrankungen, körperlichen Beeinträchtigungen oder Leiden eigenverantwortlich agieren. Zu den diagnosebezogenen heilkundlichen Tätigkeiten gehören unter anderem Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2, chronische Wunden und Demenz (nicht palliativ). Zudem sollen qualifizierte Pflegefachkräfte nach § 63 Abs. 3b SGB V in der Lage sein, Verordnungen von Verbandmaterial und Pflegehilfsmittel auszustellen sowie die inhaltliche Ausgestaltung der häuslichen Krankenpflege (inkl. Dauer) vorzunehmen. Ein Hausarzt in dieser Studie würde dies willkommen heißen. Er fordert die Übertragung der Behandlungskosten von Wundmaterialien auf die Pflegeeinrichtung. Das würde sein Budget entlasten, so der Teilnehmer. Bis dato ist kein Modellvorhaben bekannt, das in Deutschland nach § 63 Abs. 3c SGB V zur Anwendung kam. Einzelne Hochschulen, als Beispiel sei hier die Hochschule für Technik und Wirtschaft des Saarlandes (htw saar) mit ihrem ausbildungsin integrierten generalistischen Studiengang „Pflege B.Sc.“ genannt, verankerten theoretische Inhalte curricular in Anlehnung an die Richtlinie. Die Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP) kritisiert, dass pflegerische Tätigkeiten, die bisher Inhalt der pflegerischen Berufsausbildung waren und weiterhin sind, mit der Richtlinie unter Arztvorbehalt gestellt werden. Unklar bleibe, welche Qualifikationsstufe die ausübende Pflegefachkraft vorweisen müsse, um diese diagnose- und prozedurbezogene Tätigkeiten kompetent, wissenschaftlich und eigenverantwortlich durchführen zu können. Hierbei erachtet die DGP eine hochschulisch erworbene Qualifikation als sinnvoll (DGP, 2011, S. 3). Die Ärzteschaft hingegen sieht durch Pflegestudiengänge zu Advanced Nursing Practice eine Gefahr der Substitution ärztlicher Aufgaben und plädiert zu einem Berufsbild des Physician Assistant, der Ärzte im Prozess- und Dokumentationsmanagement eher entlasten sollte (BÄK & KVÄ, 2017a).

6 Diskussion

Am Ende des Fragebogens konnten Professionelle in einem offenen Antwortfeld vermerken, was ihnen in der Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden noch wichtig erscheint. Zum Großteil gaben Pflegefachkräfte aus beiden Settings Schulungs- und Fortbildungsbedarfe an, die durchaus interprofessionell stattfinden könnten. Nach einer Studie von Protz et al. (2015) kann man davon ausgehen, dass auch seitens der Hausärzte Qualifikationsbedarfe bestehen. Deutschlandweit konnten in ihrer Studie 177 Patienten mit einem UCV eingeschlossen werden. 69,4 % der Betroffenen wurden wegen ihres UCV von ihrem Hausarzt behandelt. Durchschnittlich bestand das Beingeschwür 17 Monate. Bei 31,1 % der Patienten wurde keine Kompressionstherapie angewendet, obwohl diese den Standard der leitliniengerechten Behandlung bildet und im späteren Verlauf die Anpassung eines Strumpfsystems impliziert (Protz et al., 2016, S. 1276f.). Auch bestehen Unsicherheiten bezüglich Verordnungen, wie ein Beispiel aus Nordrhein verdeutlicht. Dort kam es zu Regressforderungen seitens der Kostenträger gegenüber Hausärzten, weil Materialien der modernen Wundversorgung als Sprechstundenbedarf bezogen wurden, anstatt dass die Produkte als Rezept mit Patientennamen verordnet wurden. Die rückzahlungspflichtigen Beträge lagen im vierstelligen Bereich. Stimmen aus der KV Nordrhein und den Fachvertretern berufen sich derzeit auf einen Formfehler (BÄK & KBV, 2017b).

Befragte Pflegefachkräfte kommunizierten einen Bedarf an Beratungsstellen, an die sie sich bei Fragestellungen zu Medikation oder zum Einsatz von Wundmaterialien wenden können. Das Wundnetz Saar e.V. bietet Hilfestellung an. Insgesamt drei teilnehmende Pflegedienstleistungen und zwei Hausärzten nahmen dieses Angebot bisher in Anspruch. Auch Menschen mit chronischen Wunden haben über die Homepage des Wundnetzes die Möglichkeit, ihre Fragestellungen oder Probleme über ein Online-Formular zu schildern und Antworten von Experten zu erhalten (Wundnetz Saar e.V., 2015).

Hausärzte kritisierten weiterhin die Budgetbelastung aufgrund von Verordnungen über Verbandmaterialien. Auch die Ergebnisse von Panfil et al. (2002, S. 175) belegen ärztlicherseits eine als unzureichend empfundene Abrechnungsmöglichkeit für die Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden. Pflegedienstleistungen empfinden es als nicht gerechtfertigt, beispielsweise für die Implementierung der Expertenstandards nicht kostendeckend honoriert zu werden.

Renner et al. (2009, S. 958) haben selbstverständlich recht: Betroffene werden trotz abgeheiltem Ulcus weiter multimorbide und hochaltrig sein. Dennoch liegt es im Aufgabenbereich von Pflegefachkräften und Hausärzten, weitere Rezidive zu vermeiden. Dies gelingt nur, wenn Rezidivprophylaxemaßnahmen in den Praxisalltag integriert werden. Dieser Ansatz unterstützt die Forderung nach mehr Pflegepersonal in den ambulanten und stationären Einrichtungen. Auch die Aufgabe im Medizinstudium, Studierende für das Fach Allgemeinmedizin zu begeistern, um langfristig hausärztliche Kollegen zu gewinnen, spielt hierbei eine Rolle.

6 Diskussion

Als Fazit lässt sich nochmals betonen: Die Berücksichtigung der psychischen und emotionalen Lebenswelt des Betroffenen ist ebenso wichtig wie die klinische Diagnostik und Behandlung (González de la Torre et al., 2016, S. 367; Bouteille et al., 2008, S. 1078).

6.2 Methodendiskussion

Bis heute existieren keine genauen Zahlen darüber, wie viele Menschen in Deutschland von einer chronischen Wunde betroffen sind. Fachgesellschaften benennen Schätzungen und Hochrechnungen (Bedürftig & Eder, 2015, S. 396). Eine im Jahr 2015 veröffentlichte Studie der PVM-Forschungsgruppe geht nach Hochrechnungen von 2,7 Millionen Menschen mit komplexen Wunden aus, wovon bei einem Drittel eine Chronifizierung zu erwarten sei. Diese Studie erfolgte durch eine Zufallsstichprobe der AOK Hessen und stellt eine wichtige nationale Datenquelle dar. Dennoch muss aufgrund der Spezifika „Krankenkasse“ und „Bundesland“, einhergehend mit der Alters- und Geschlechtsstruktur der GKV-Versicherten, eine Übertragbarkeit der Ergebnisse auf andere Bundesländer kritisch hinterfragt werden (Köster & Schubert, 2016, S. 3). Zu Studienbeginn lagen für das Bundesland Saarland keine exakten Daten von Menschen mit chronischen Wunden vor, sodass eine Stichprobengrößenberechnung nicht möglich war. Auch die Versorgungssituation von Betroffenen, die durch Pflegefachkräfte und Hausärzte in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen versorgt werden, sowie deren Erleben der interprofessionellen Zusammenarbeit waren bisher nicht bekannt. Aus diesem Grund wurde eine Vollerhebung im Saarland angestrebt.

Eine Limitation liegt im Bereich der systematischen Literaturrecherche vor. Diese erfolgte in Anlehnung an die PRISMA-Checkliste (Moher et al., 2009, S. 3). In der Suche wurden deutsche und englischsprachige Publikationen mit eingeschlossen. Der Ausschluss anderweitiger sprachlicher Veröffentlichungen bringt einer Begrenztheit des aktuellen Forschungsstandes mit sich.

Als theoretische Basis können das Troughput-Modell und der symbolische Interaktionismus als geeignet bewertet werden. Das systemtheoretische Modell verhalf zu Strukturierung, Übersichtlichkeit und Transferbildung (Pfaff & Schrappe, 2011, S. 4). Die standardisierten Fragebogen, die auch offene Antwortmöglichkeiten boten, ermöglichen den Teilnehmenden, ihre eigene soziale Wirklichkeit darzulegen (Lamnek, 2010, S. 32).

Die selbst konstruierten Fragebogen wurden in Anlehnung an pflegerische Expertenstandards (DNQP) und medizinische Leitlinien (AWMF) erstellt. Die Vergleichbarkeit mit anderen Studienergebnissen ist deswegen eingeschränkt.

Für diese Befragung zu Fortbildungsthemen wurde das Auditinstrument des Expertenstandards „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“ in modifizierter Version

6 Diskussion

verwendet. Der Fragebogen sollte in pflegerischen Praxiseinrichtungen verwendet werden, um den aktuellen Qualifikationsstand- und bedarf der Mitarbeitenden zu analysieren und dementsprechend darauf eingehen zu können (DNQP, 2015, S. 114ff.). Jeder Frage liegt das gleiche Antwortschema vor: „ja“/„nein“ zur Teilnahme an Fortbildungen oder Schulungseinheiten in den vergangenen 24 Monaten sowie „ja“/„nein“ zu weiterem Bedarf zugrunde. Das Antwortverhalten der Pflegefachkräfte in dieser Studie lässt zumindest am Einsatz des Auditinstruments zweifeln. Die Mehrheit der Befragten füllte entweder Frage zur Fortbildung „ja“/„nein“ oder zum Bedarf „ja/nein“ aus. Entweder haben die teilnehmenden Pflegefachkräfte bisher an solch einer Erhebung noch nicht teilgenommen oder das Audit kam in den Einrichtungen bisher nicht zum Einsatz. Aufgrunddessen müssen die Ergebnisse dieser Studie kritisch hinterfragt werden.

In der Befragung von Menschen mit chronischen Wunden wurde zudem auf zwei validierte selbsterklärende Erhebungsinstrumente (Wound-QoL und PBI-W) zurückgegriffen, die selbstständig auszufüllen waren (Augustin et al., 2004, S. 5; Augustin et al., 2012, S. 9f.). Die daraus gewonnenen Daten können als Vergleichsmasse für andere Studien dienen.

Der Fragebogen Wound-QoL, ein Fragebogen zur Erfassung der Lebensqualität bei chronischen Wunden, wurde von den Autoren für diese Studie freigegeben und mit einem Anleitungsmanual kostenfrei zur Verfügung gestellt. Dafür herzlichen Dank. Trotzdem wird die Praktikabilität des Instruments nach Durchführung der Studie in Frage gestellt. Das Anleitungsmanual, das auch im Anhang des Expertenstandards zur Verfügung gestellt wird (DNQP, 2015, S. 125f.), weist keine Interpretation der Ergebnisse auf. Die Antworten sind auf einer Lickert-Skala von „0“ (gar nicht) bis „4“ (sehr) zugeordnet, dennoch sind die Ergebnisse des Wound-QoL-Gesamtwerts und der Subskalen frei interpretierbar. Hier wäre eine Hilfestellung wünschenswert. Eine weiterer Kritikpunkt liegt darin, dass Studien hierzu (Augustin et al., 2014; Blome et al., 2014) überwiegend in englischer Sprache publiziert wurden. Zugangsvoraussetzungen zum Erlernen von Altenpflege und Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege ist in Deutschland der mittlere Bildungsabschluss und kein vorgegebenes Sprachniveau in Englisch. Man kann also nicht davon ausgehen, dass jede Pflegefachkraft Englisch als Unterrichtsfach hatte und in der Lage ist, auf englisch publizierte Literatur lesen geschweige denn verstehen zu können. Wissenschaft und Praxis sollten sich gegenseitig unterstützen und Lösungsmöglichkeiten suchen, wie bspw. die Übersetzung von wichtigen Publikationen als Teil des Evidence-based Nursing-Gedankens in Journal Clubs und/oder in Form eines Tools mit automatisierter Analysesoftware.

Das Instrument „Patient Benefit Index (PBI)“ stellt nach meiner Ansicht für Praktiker, die über keinerlei wissenschaftliche Ausbildung verfügen, eine Herausforderung dar. Das Nutzermanual beschreibt, wie patientendefinierte Behandlungsziele und -nutzen im Behandlungsverlauf von Menschen mit Hautkrankheiten erhoben werden. Die Autoren weisen

6 Diskussion

darauf hin, dass das Instrument durchaus im Praxisalltag Verwendung finden kann. Die Dateneingabe wird nach Zahlen kodiert von „0“ bis „4“, allerdings ist nicht beschrieben, welche Aussage auf der Lickert-Skala welchem Zahlenwert zugeordnet werden können. Zudem ist irreführend, dass „5“ als „betrifft mich nicht“ kodiert werden soll, in der Datenauswertung Teil 1 dafür jedoch die Zahl „0“ verwendet wird. Der Gesamtwert PBI wird anhand folgender Formel für jeden Patienten ermittelt, und auch hier fehlen effektive, zielführende Anleitungen zur Auswertung für Praktiker.

Wünschenswert wäre hierbei eine anschauliche Rechnung zur Anwendung der Formel

$$PBI = \sum_{i=1}^k \frac{PNQ_i}{\sum_{i=1}^k PNQ_i} PBQ_i$$

Formel für die Berechnung des PBI-Gesamtwerts mit k Wichtigkeitsitems (PNQ) und Nutzenitems (PBQ); mögliche Range der Items und des Gesamtwerts: 0-4

(nach Augustin, M., Lizenzinhaber des PBI)

Alle Fragebogen durchliefen mithilfe von Vertretern der jeweiligen Befragungsgruppen (Betroffene, Pflegefachkräfte, Pflegedienstleitungen, Hausärzte) einen Pretest. Die Kriterien orientierten sich an der Checkliste für zielgeführte Evaluationen des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und können als sehr gewinnbringend reflektiert werden (BMFSFJ, 2000, S. 57). Anhand der Rückmeldungen wurden Erläuterungen in Form kleiner Hinweisfelder im Fragebogen aufgenommen, woraus eine bessere Verständlichkeit und Anwenderfreundlichkeit resultierte.

Fragebogen für Patienten/Bewohner mit chronischen Wunden wurden als Paper-Pencil-Erhebung geplant und konnten so auch umgesetzt werden. Mit Blick auf den Faktor Wirtschaftlichkeit entschloss man sich im Vorfeld, für Professionelle elektronische Fragebogen über die Plattform Lime Survey zu verbreiten. Im Praxisfeld stellte sich heraus, dass im Bereich der Pflege Barrieren im Hinblick zu Online-Erhebungsverfahren bestehen. Pflegefachkräfte in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen hatten kaum Zugang zu PC-Arbeitsplätzen. Sofern sie Zugang hatten, war dieser auf Dokumentationssoftware und ggf. Intranet beschränkt. Auch Ängste vor der Digitalisierung, die mit der Sorge um Datenschutz einhergingen, wurden kommuniziert, besonders bei älteren Mitarbeitern (50+). Aufgrund dessen wurde der Fragebogen um eine Paper-Pencil-Variante erweitert, die im Vergleich zur Online-Erhebung sehr gut angenommen wurde. Auf dem Digitalgipfel der Bundesregierung in Ludwigshafen äußerte sich Vorstandsmitglied Meißner (AnbieterVerband qualitätsorientierter Gesundheitspflegeeinrichtungen e.V., AVG) dahingehend, dass die digitalen Möglichkeiten des 21. Jahrhunderts in der Pflege noch nicht ausreichend genutzt worden seien. Die Arbeit sei geprägt von der Papierform (AVG, 2017). Pflegedienstleitungen zeigten einen guten

6 Diskussion

Zugang zu neuen Medien. In der Gruppe der Hausärzte ging man im Vorfeld auch davon aus. Die geringe Teilnahmequote kann u. a. auch ein Indiz dafür sein, dass ein Großteil der Hausärzte sich eher durch Papierfragebogen angesprochen fühlt. Laut einer Umfrage des Hartmannbundes und des Branchenverbandes Bitkom über die Kommunikation im Gesundheitswesen erfolgt die ärztliche Kommunikation zumeist noch handschriftlich per Brief und Fax (Rohleder & Reinhardt, 2017).

Das Sampling lag dem Studienziel zugrunde. Die aktive Rekrutierung von Studienteilnehmern entsprach zwar einem der ethischen Grundsätze, verringerte jedoch die Teilnahmequote. Alle Einrichtungsleitungen wurden in der Studie vorab telefonisch kontaktiert, über die Studie kurz informiert und für ein persönliches Gespräch zur Vorstellung der Studie angefragt. 79,1 % (95) der ambulanten Dienste und 49,6 % (73) der stationären Einrichtungen lehnten im Vorfeld die Teilnahme ab, sodass aus diesen Institutionen keine Patienten/Bewohner und Pflegefachkräfte rekrutiert werden konnten. Als Mehrwert können die persönlichen Studieninformationsgespräche in den Einrichtungen vor Ort gesehen werden, die eine informierte Entscheidung erst ermöglichen. Der persönliche Austausch, den Forscher kennenzulernen und Fragen zu stellen, Anmerkungen zu geben und praxisrelevante Erfahrungen zu berichten, wurde als durchaus positiv von den Einrichtungsleitungen rückgemeldet. Die Ergebnisse können hinsichtlich ihrer Übertragbarkeit kritisch hinterfragt werden. Man kann davon ausgehen, dass an dieser Studie speziell Einrichtungen teilgenommen haben, die ein (sehr) gutes Qualitätsmanagement vorweisen können, hoch motiviert waren, die Wundversorgung zu hinterfragen, und auch zukünftig bereit sind, dieses weiter zu optimieren. Die Anzahl der Pflegefachkräfte und Patienten/Bewohner wurden von den Leitungskräften rückgemeldet. Die Möglichkeit besteht, dass die Anzahl der potenziell möglichen pflegerischen Mitarbeiter und Betroffenen entweder nicht zu 100 % korrekt weitergegeben wurde oder nicht jedem Mitarbeiter und Betroffenen die Möglichkeit zur Teilnahme an der Studie gegeben werden sollte. Die Befragung der Patienten/Bewohner verlief über Multiplikatoren in den teilnehmenden Einrichtungen, die mithilfe eines Anleitungsmanuals eingewiesen wurden. Die Betroffenen standen in einem Abhängigkeitsverhältnis zu ihren zuständigen Pflegefachkräften. Aus diesem Grund ist auch hier von einem möglichen Bias auszugehen. Um diesen Teilnehmerkreis in seiner Privatsphäre zu schützen, war die Wahl des Feldzugangs gerechtfertigt und sinnvoll. Von 662 saarländischen Hausärzten haben insgesamt 14 die Online-Erhebung aufgerufen. Aus Gründen der Wirtschaftlichkeit wurde auf eine Paper-Pencil-Erhebung und persönliche Kontaktaufnahme vor Ort verzichtet. Es ist fraglich, ob sich dadurch die Rücklaufquote erhöht hätte.

Die Auswertungen mittels deskriptiver Analyse und qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring (2010, S. 119ff.) wurde als sinnvoll befunden.

6 Diskussion

Als Möglichkeit zur kommunikativen Validierung („member check“) – der qualitativen Auswertung der offenen Antworten – wurde der Jahreskongress 2017 des Wundnetzes Saar e.V. gewählt (Steinke, 2010, S. 320). Das Wundnetz Saar e.V. versendete an alle saarländischen Einrichtungen Einladungen. Aufseiten der Anwesenden wurden vor, während und nach der Veranstaltung keine kritischen Einwände kommuniziert.

Um die Anonymität der Teilnehmenden zu wahren und die Teilnahmebereitschaft zu erhöhen, wurden die Ergebnisse nicht unternehmensspezifisch rückgemeldet. Dieser Sachverhalt fand vorab in den Informationsgesprächen Erwähnung. Als Geste der Wertschätzung ist im Dezember 2017 geplant, allen Leitungskräften der teilnehmenden ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen einen Dankesbrief zuzusenden. Dieser soll einen Link zu einer Online-Plattform enthalten, auf der die Gesamtergebnisse als PDF-Dokument heruntergeladen werden können. Aufgrund der anonymen Teilnahme von Hausärzten kann dies jedoch nicht gewährleistet werden. Die Ergebnisse sollen aber auch in Form von Publikationen verbreitet werden.

Prioritär wurden drei forschungsethische Prinzipien in der Studie verfolgt:

- Freiwilligkeit und „informed consent“,
- Nicht-Schaden,
- Pseudonymisierung, Anonymisierung und Vertraulichkeit

(Döring & Bortz, 2016, S. 123ff.; BDSG).

Die Ergebnisse stellen ausschließlich ein Abbild der befragten Menschen mit chronischen Wunden, Pflegefachkräften, Pflegedienstleistungen und Hausärzten im Saarland dar und können demzufolge nicht verallgemeinert werden.

7 Fazit und Ausblick

Chronische Beingeschwüre betreffen circa 1 bis 2 % der Weltbevölkerung. Die Ätiologie ist zumeist multifaktoriell bedingt. Die Genese liegt zu 70 % bei Venenerkrankungen, gefolgt von gemischten venösen und arteriellen Erkrankungen (15 %), arterieller Verschlusskrankheit (5 %) und anderen. Als Folgekomplikationen entstehen Ulcus cruris (verschiedener Genese), diabetische Fußläsionen oder Dekubitus. Besonders Menschen ab dem 65. Lebensjahr haben ein höheres Risiko, zu erkranken (Do, Edwards & Finlayson, 2015, S. 904; Finlayson et al., 2017, S. 872; Silva et al., 2013, S. 97). In Deutschland geht man von einer Jahresprävalenz von 800.000 Menschen aus, darunter fallen 400.000 Betroffene mit einer wundrelevanten Verordnung (Heyer, Protz & Augustin, 2016, S. 3). Eine einheitliche Definition von „chronische Wunde“ existiert in Deutschland bis dato nicht. Man spricht zumeist von einem Integritätsverlust der Haut, der innerhalb von vier bis zwölf Wochen keine Heilungstendenz aufweist, quasi einer nicht heilenden Wunde (modifiziert nach DGfW, 2012, S. 34 & DNQP, 2015, S. 19).

Menschen mit chronischen Wunden leiden unter Schmerzen, Mobilitätseinschränkungen, Schlafstörungen, Exsudat- und Geruchsaufreten, Abhängigkeiten von Familienmitgliedern und/oder sozialer Isolation. Diese Faktoren können die Lebensqualität deutlich einschränken und reduzieren (de Fátima Rodrigues dos Santos et al., 2016, S. 131; Dias et al., 2014, S. 577; Nemcová et al., 2016, S. 1247). Ein Drittel aller Menschen mit Diabetes mellitus entwickelt mit der Entstehung eines Diabetischen Fußgeschwürs gleichzeitig eine Depression (Hoban et al., 2015, S. 49). Aus der Studienlage ist mittlerweile bekannt, dass psychische Stabilität nicht nur die Lebensqualität positiv beeinflusst, sondern auch den Heilungsverlauf begünstigt (Fejfarová et al., 2014, S. 5). Betroffene und ggf. deren Angehörige benötigen Wissen, Fertigkeiten und Fähigkeiten, um in ihren Selbstmanagementkompetenzen gestärkt zu werden und Rezidive zu vermeiden (Gorecki et al., 2012, S. 8; McBride et al., 2016, S. 1483). Um eine erfolgreiche Wundtherapie gestalten zu können, müssen Gesundheitsprofessionelle wie Pflegefachkräfte und Hausärzte die Gesundheitskompetenzen des Betroffenen, wie Kontrolle der Stoffwechseleinstellung, Einnahmeverhalten der Medikation, selbstständige Fußinspektion, Übungen zur Aktivierung der Muskel-Sprunggelenk-Pumpe, Einhaltung der Kompression und weiteres, überprüfen und ihre Maßnahmen (z. B. Information, Beratung, Anleitung) auf die jeweilige individuelle Lebenssituation hin modifizieren (Gavan et al., 2016, S: 7).

Multiprofessionelle Teamarbeit, standardisierte Kommunikationsprozesse, definierte (ggf. modifizierte) Behandlungsziele und qualifizierte Fachexperten (Debus & Augustin, 2015, S. 8; Marola et al., 2016, S. 134) – unter aktiver Einbindung Betroffener und ggf. deren Angehöriger – sind dahingehend unerlässlich (Panfil, 2009, S. 12). Diese evidenzbasierten Aussagen seien kein Abbild der Realität, so die Fachgesellschaften. Sie kritisieren die Anwendung lokaler Wundtherapien und die interprofessionelle Zusammenarbeit (DGfW, 2012,

7 Fazit und Ausblick

S. 23f.). Chronische Wunden seien das Ergebnis einer nicht ausreichenden Diagnostik und unpassender Therapie (Gottrup, 2004, S. 38; Bedürftig & Eder, 2015, S. 396). Dabei könnten durch qualifizierte Behandlungen die Heilungszeiten reduziert werden, so Heyer & Augustin (2014, S. 89, 94). Sie fanden heraus, dass durch einen gezielten Einsatz von Experten die durchschnittliche Abheilung bei einem Ulcus cruris venosum 5,9 Monate, bei einem Ulcus cruris arteriosum 6,5 Monate und einem gemischten Ulcus 7,4 Monate beträgt. Wenn man den Prävalenzangaben von Köster & Schubert (2012, S. 104) mit circa 1,1 % der deutschen Bevölkerung Glauben schenkt, birgt das eine hohe ökonomische Brisanz. Schätzungen gehen von einer Verdoppelung der Erkrankungsrate ab dem 90. Lebensjahrzehnt aus (10,99 %). Mit der fortschreitenden demografischen Entwicklung im Saarland (2030: 79.640 Menschen \geq 80 Jahre), den durchschnittlichen Prävalenzangaben von ~8,39 % und den mittleren jährlichen direkten Behandlungskosten von (~7.250 Euro) könnten somit im Jahr 2030 etwa 32.365.993,41 Euro eingespart werden (s. Tab. 38) (Köster & Schubert, 2012, S. 104; Heyer & Augustin, 2014, S. 89, 94; Bertelsmann Stiftung, 2011, S. 99ff.). Diese Rechnung beinhaltet keine Menschen mit DFS oder anderen chronischen Wundarten.

Tabelle 39: Vorausberechnung der Gesundheitsausgaben von Ulcera für das Saarland im Jahr 2030

Vorausberechnung der Gesundheitsausgaben von venösen, gemischten und arteriellen Ulcera für das Saarland im Jahr 2030				
Ätiologie eines Ulcus	Prozentualer Anteil	Mittlere jährliche Behandlungskosten bei durchschnittlicher Behandlungszeit von 24 Monaten	Behandlungszeit nach Einsatz qualifizierter Expertenteams	Mittlere jährliche Behandlungskosten bei Einsatz qualifizierter Expertenteams
Venös	70 %	33.910.115 €	5,9	8.336.236,53 €
Gemischt (venös und arteriell)	15 %	7.266.453 €	7,4	2.240.489,72 €
Arteriell	5 %	2.422.151 €	6,5	655.999,24 €
Andere	10 %	4.844.302 €	k.A.	k.A.
Summe		43.598.719 €		11.232.725,49 €
Mögliches Einsparpotenzial: 32.365.993,41 €				

Studien identifizierten bei Pflegefachkräften und Hausärzten Unsicherheiten im Versorgungsmanagement von Menschen mit chronischen Wunden. Diese weisen oftmals höhere Lebensaltersphasen und Komorbiditäten auf, was abermals einen hohen ärztlichen und pflegerischen Einsatz impliziert (Goepel et al., 2015, S. 18). Dennoch mangelte es Gesundheitsprofessionellen in den publizierten Studien an standardisierten Instrumenten oder es fehlte an Know-how (Finlayson et al., 2017, S. 871; Harrison et al., 2005, S. 1447). Allgemeinmediziner stellen die Facharztgruppe dar, die zu 78,5 % krankheitsspezifische,

7 Fazit und Ausblick

wundbezogene Diagnosen stellt (Köster & Schubert, 2012, S. 117) und Patienten in ihrer Häuslichkeit oder in Pflegeheimen behandelt (Becker et al., 2005, S. 25f.). Evidenz- und konsensbasierte Handlungsempfehlungen – in Form von medizinischen Leitlinien und pflegerischen Expertenstandards – bieten hierfür eine fachliche Grundlage (DGfW, 2012; DNQP, 2015).

Problematisch sieht die Studienlage in Deutschland aus. Es werden ausschließlich Schätzungen zu Prävalenzen publiziert, und die Vergleichbarkeit von Studienergebnissen gestaltet sich aufgrund unterschiedlicher Fallzahlen und des Studiendesigns eher schwierig. Häufig werden Studienergebnisse von Populationen veröffentlicht, die in Krankenhäusern oder angegliederten Wundambulanzen erhoben wurden. Die Versorgungssituation von Menschen mit chronischen Wunden in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen scheint noch nicht ausreichend untersucht worden zu sein.

Über die saarländische Versorgungssituation von Menschen mit chronischen Wunden, die durch ambulante Pflegedienste nach § 37 SGB V versorgt werden oder in Pflegeheimen leben, liegen bisher keine publizierten Erkenntnisse vor. Es ist auch nicht bekannt, wie sich die Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und Pflegefachkräften in der Primärversorgung darstellt.

Diese Dissertationsarbeit hatte zum Ziel, die Versorgungsrealität von Menschen mit chronischen Wunden im Saarland, anhand deskriptiver Fragestellungen zu beschreiben. Resultierend daraus sollten Handlungsempfehlungen formuliert werden, welche die interprofessionelle Zusammenarbeit so gestalten lassen, dass Menschen mit chronischen Geschwüren – unter Berücksichtigung ihres Krankheitsverständnisses und des Status ihrer chronischen Wunde – die bestmögliche Lebensqualität erreichen und Rezidive verhindert werden können (s. Kap. 3).

Aus diesem Grunde wurden für diese Studie vier Populationen eingeschlossen:

- a) Menschen mit chronischen Wunden (UC, DFS, Dekubitus),
- b) Pflegefachkräfte ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen,
- c) Pflegedienstleistungen ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen und
- d) Hausärzte.

Das Forschungsvorhaben basierte auf zwei theoretischen Pfeilern (s. Kap. 4.1). Zum einen stellte das Throughput-Modell, ein systemtheoretisches Modell aus der Versorgungsforschung, den theoretischen Rahmen dar (Ernstmann, 2011, S. 673; Schrappe & Pfaff, 2016, S. 689ff.). Zum anderen bildete der Symbolische Interaktionismus einen theoretischen Bezugspunkt. Dieser ermöglicht es, den Interaktionsprozess zwischen Akteuren und deren eigener Wirklichkeit nachvollziehen zu können (Lamnek, 2010, S. 32; Blumer, 1973, S. 81). Zur vorliegenden Dissertationsarbeit wurde ein Ethikantrag eingereicht und vor Vertretern der Ethik-Kommission mündlich erläutert (s. Kap. 4.4, Anhang II.I). Ein positives

7 Fazit und Ausblick

Votum wurde im Januar 2016 beschieden. Die Grundlage für das Forschungsvorhaben stellte das BDSG (§ 3 Abs. 6a BDSG) wie auch der Ethik-Kodex der DGS dar (DGS, 2013). Bei Pflegefachkräften, Pflegedienstleitungen und Hausärzten kamen Erhebungsinstrumente zum Einsatz, die sich inhaltlich an medizinischen Leitlinien (DGfW, 2012) und pflegerischen Expertenstandards (DNQP, 2015) orientierten und teilweise auch Qualitätsmanagementinstrumente (DNQP, 2015, S. 120) aufführten und versorgungsstrukturelle und soziodemografische Merkmale erfassten. Für Betroffene mit chronischen Wunden wurden publizierte Messinstrumente wie der Wound-QoL (Augustin et al., 2014, S. 5), der Patient-Benefit-Index (Augustin et al., 2012, S. 9f.) sowie das modifizierte Audit-Instrument des Expertenstandards (DNQP, 2015, S. 117) inklusive der Erfassung der Wunddokumentation und soziodemografischer Merkmale zusammengestellt (s. Kap. 4.5). Die jeweiligen Fragebogen durchliefen, je nach Population, Pretests. Die Prüfungskriterien orientierten sich an Vorschlägen des BMFSFJ (2000, S. 57).

Alle Trägerschaften (privat, öffentlich, freigemeinnützig) im Saarland wurden über das Studienvorhaben in Form eines formalen Anschreibens informiert und zur Teilnahme ihrer Einrichtungen gebeten (s. Kap. 4.6). Das obere Management stellte den einzelnen ambulanten Diensten und Pflegeheimen frei, sich an der Studie zu beteiligen. Die Durchführung der Querschnittsstudie als Teil der Versorgungsforschung begann im Februar 2016 (6. KW) und endete im Mai 2016 (22. KW). Der Feldzugang zu Pflegefachkräften und Menschen mit chronischen Wunden fand über die zuständigen Pflegedienstleitungen statt. Alle Führungskräfte saarländischer ambulanter (n= 120) und stationärer (n= 147) Pflegeeinrichtungen wurden telefonisch kontaktiert, über das Forschungsvorhaben informiert und für ein Informationsgespräch vor Ort angefragt. Nach positiver Resonanz wurde die Einrichtung aufgesucht. Somit konnte das Vorhaben (inkl. Anleitungsmanual, Fragebogen und Ein- und Ausschlusskriterien) persönlich vorgestellt und besprochen werden. Nach informierter Entscheidungsfindung nahmen 20 ambulante Pflegedienste und 74 stationäre Pflegeeinrichtungen an der Studie teil. Die Multiplikatoren in den Einrichtungen erhoben im darauffolgenden Zeitraum die Daten bei Betroffenen mit chronischen Wunden. Pflegedienstleitungen verteilten Fragebogen an ihre angestellten Pflegefachkräfte. Sie selbst nahmen an einer Stichtagserhebung teil. Hausärzte hingegen wurden über die Kassenärztliche Vereinigung über einen E-Mail-Verteiler zu einer Online-Erhebung eingeladen.

Die Daten wurden mit dem Statistikprogramm IBM SPSS Statistics Version 23 ausgewertet und mit Microsoft® Excel grafisch dargestellt. Die offenen Antworten wurden in Anlehnung an die inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (Mayring, 2010, S. 98ff.) mittels der Software MAXQDA 12 ausgewertet (s. Kap. 4.7, Anhang I). Die Nettorücklaufquoten (s. Kap. .1.1 bis 5.1.1.4) betrugen bei Menschen mit chronischen Wunden 35,46 % (39 Menschen^{stat. Pfl.}; 11 Betroffene^{amb. Pfl.}), 26,66 % bei Pflegefachkräften

7 Fazit und Ausblick

(308 PfK^{stat. Pfl.}; 45 PfK^{amb. Pfl.}), bei Pflegedienstleitungen 46,81 % (29 PDL^{stat. Pfl.}; 15 PDL^{amb. Pfl.}) und 1,51 % bei Hausärzten (10 HA). Die Forschungsfragen wurden populationsbezogen formuliert und gegliedert (s. Kap. 3.1) und werden im Folgenden beantwortet. Die Gesamtergebnisse werden in Kapitel 5 aufgezeigt.

Bei der Mehrheit der Teilnehmenden mit chronischen Wunden wurden CVI, Adipositas, Diabetes mellitus Typ II, Polyneuropathie und PAVK diagnostiziert. Zum Großteil traten bei Menschen^{amb. Pfl.} Ulcus cruris venosum (40 %) und Ulcus cruris unklarer Genese (30 %) als Folgekomplikation ihrer Erkrankung auf. Teilnehmende^{stat. Pfl.} wiesen zumeist Ulcus cruris mit unklarer Genese (35 %) oder Dekubitus Grad 3 EPUAP (22 %) auf. Menschen, die zum Zeitpunkt der Studie in stationären Pflegeeinrichtungen lebten, empfanden eine bessere krankheitsspezifische gesundheitsbezogene Lebensqualität als Betroffene, die in ihrer eigenen Häuslichkeit wohnten. Betroffene^{amb. Pfl.} fühlten sich vor allem psychosozial stärker belastet und nahmen größere Beeinträchtigungen im Alltag wahr. Die soziodemografischen Merkmale an sich ließen bessere Werte erwarten. Die Betroffenen^{amb. Pfl.} waren zumeist verheiratet, jünger, hatten Kinder und waren keiner Pflegestufe zugeordnet. Im Vergleich zu Bewohnern mit chronischen Wunden im Pflegeheim litten sie jedoch an größeren Wunden (im Mittel 12 cm² versus 2,5 cm²) und waren häufiger adipös (Median BMI >33kg/m² versus 28 kg/m²). Auch traten in der ambulant versorgten Gruppe häufiger Rezidive (amb. Pfl. 50 % versus stat. Pfl. 24 %) auf, und 75 % der Befragten gaben an, kontinuierlich Schmerzen zu verspüren. Insgesamt bekam mehr als die Hälfte der eingeschlossenen Teilnehmer Analgetika verordnet. Aufgrund der Wunde nahmen Menschen in der Häuslichkeit mehr Arztkontakte (Praxisbesuch oder Hausbesuch) wahr oder wurden häufiger einer Krankenhausbehandlung unterzogen als Pflegeheimbewohner.

Die Behandlungsziele unterschieden sich im Gesamtwert beider Gruppen nicht signifikant voneinander. Menschen in ihrer eigenen Häuslichkeit erachteten als prioritäre Ziele die Verbesserung ihrer Schlafqualität, weniger Arztbesuche und einen geringeren Zeitaufwand für die Wundversorgung. Menschen mit chronischen Wunden in Pflegeheimen hatten das Ziel vor Augen, sich mehr zeigen zu mögen, weniger Exsudataufkommen zu haben oder weniger niedergeschlagen zu sein.

Bei über 80 % der Bewohner^{stat. Pfl.} und knapp 90 % der ambulant Betroffenen lässt sich ein Behandlungsnutzen nachweisen. Vor allem gewannen Menschen, die durch ambulante Pflegedienste versorgt wurden, Vertrauen in die Therapie. Die Furcht vor einem Krankheitsfortschritt reduzierte sich hingegen bei Menschen in Pflegeheimen.

Bei über 90 % der Befragten im ambulanten Bereich und knapp 80 % der Bewohner in Pflegeeinrichtungen übernimmt der Hausarzt die Wundtherapie. Die Patient-Arzt-Beziehung bestand in der Regel 6 bis ≥10 Jahre. Betroffene in stationären Einrichtungen schätzten die ärztliche Versorgungsqualität zumeist als sehr hoch ein. Menschen in ihrer Häuslichkeit schätzten die ärztliche Wundversorgung als eher hoch oder gering ein, obwohl diese mehr

7 Fazit und Ausblick

Informationen von ihrem Hausarzt bekamen als Menschen in Pflegeeinrichtungen. Die pflegerische Beziehung war von kürzerer Dauer (zwischen drei und fünf Jahren). Teilnehmende beider Gruppen beurteilten die Qualität der pflegerischen Wundversorgung als überwiegend sehr hoch. Angehörige im häuslichen Umfeld wurden sehr häufig in die ärztliche Behandlung und pflegerische Versorgung miteingebunden. Konträr dazu gestaltet sich der Heimsektor. Dennoch lehnen die meisten Befragten in stationären Pflegeeinrichtungen die Mitwirkung ihrer Angehörigen im Versorgungsprozess ab. Die Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und Pflegefachkräften nahmen die Betroffenen mit chronischen Wunden als durchaus gut bis sehr gut wahr.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Befragung von Pflegefachkräften, die in ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtungen tätig sind, und Hausärzten beschrieben.

In beiden Settings finden mit hohem Anteil Informationsgespräche mit Betroffenen statt. Hierbei konnte kein signifikanter Unterschied der beiden Gruppen identifiziert werden. Besonders hervorzuheben sind Informationsgespräche mit der Thematik Schmerzen (zu knapp 80 %), gefolgt von Inhalten zu Mobilitäts- und Aktivitätseinschränkungen. Eher weniger werden Schlafstörungen oder psychosoziale Aspekte gegenüber den Betroffenen kommuniziert. Im pflegerischen Praxisalltag, so zeigen die Ergebnisse, finden Beratungsgespräche eher seltener statt. Noch weniger bis kaum werden in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen allerdings Anleitungssituationen durchgeführt. Auch Angehörige werden eher informiert und/oder beraten statt angeleitet.

Stärkung der Selbstmanagementkompetenzen können den Heilungsverlauf positiv beeinflussen. Besonders Maßnahmen hinsichtlich Rezidivprophylaxemaßnahmen sind in der pflegerischen Versorgung von Bedeutung. Aber auch hier wird deutlich: Anleitungssituationen sind nicht die Regel. Die Durchführung im Bereich Fußpflege und -inspektion gaben weniger als die Hälfte der ambulant und stationär tätigen Teilnehmenden an. Übungen, die das Sprunggelenk und die Muskelpumpe aktivieren, werden unter Anleitung von 50 % der Pflegefachkräfte in stationären Einrichtungen durchgeführt. Über Ernährung und Gewichtsreduktion werden Patienten zwar informiert, allerdings finden gezielte Anleitungen im ambulanten Setting mit 24 % kaum statt.

Die Auswertung der Schulungs- und Fortbildungsbedarfe ergab, dass Fortbildungsthemen aus den Bereichen „Beratung, Schulung und Anleitung sowie Förderung des Selbstmanagements“ (z. B. Gesprächsführung, Lerntypen) und „Beurteilung der Effektivität von Maßnahmen zur Minimierung wund- und therapiebedingter Einschränkungen“ (z. B. Verlaufsbeschreibung, Evaluation) zum Großteil nicht besucht wurden. Das betrifft in etwa zu gleichen Teilen die ambulant und stationär tätigen Pflegefachkräfte. Dahingehend besteht ein dringender Bedarf an Bildungsmaßnahmen. Das Antwortverhalten der Bezugspflegefachkräfte in der Betroffenenbefragung, mit der Inhalte der Wundanamnese erfasst wurden, lassen einen

7 Fazit und Ausblick

Rückschluss auf weitere Fortbildungsbedarfe im Bereich „Wundversorgung“ wie bspw. den Einsatz von Wundspülösungen und speziellen Verbandstoffen zu.

Pflegedienstleitungen ambulanter Pflegedienste und Pflegeheime wurden an einer Stichtagserhebung über das einrichtungsspezifische Schulungs- und Fortbildungsangebot im letzten Jahr sowie zu den Prävalenzen ihrer Patienten/Bewohner mit chronischen Wunden befragt. Der Bereich „Beratung, Schulung und Anleitung sowie Förderung des Selbstmanagements“ wurde zu knapp 80 % in beiden Versorgungseinrichtungen nicht angeboten. Materialien zu Beratung, Schulung und Anleitung wurden hingegen zur Verfügung gestellt. Andere Themen wie beispielsweise „Einschätzung von wund- und therapiebedingten Einschränkungen“ oder „Beurteilung von Wundheilungsverläufen“ wurden (bis zu 80 %) den pflegerischen Mitarbeitern mehrheitlich als Fortbildung angeboten. Trotzdem sieht das Management weiteren Schulungs- und Fortbildungsbedarf bei den angestellten Pflegefachkräften – und dies in allen Bereichen.

Die internen und externen Fortbildungsmaßnahmen werden häufig von Vertretern von Medizinprodukteherstellern oder Home-Care-Unternehmen durchgeführt. Pflegedienstleitungen schätzen dabei die Kosteneffektivität. Vereinzelt kritisierten Teilnehmende auch den Einsatz abhängiger Wundexperten und befürchten einen Kompetenzverlust der Pflegefachkräfte. 40 % der ambulanten und 28 % der stationären Einrichtungsleitungen ließen interessierte und motivierte Pflegefachkräfte über Fachgesellschaften zu Wundexperten ausbilden und setzten diese als Multiplikatoren ein.

Die Umsetzung des Expertenstandards zeigt Optimierungspotenziale. So bestanden in 34 % der stationären Pflegeeinrichtungen vorausschauende Wundtherapieplanungen mit dem Hausarzt, hingegen in 80 % der ambulanten Pflegedienste nicht.

Auch werden in den Einrichtungen zielgruppenspezifische Einschätzinstrumente zur Verfügung gestellt. Das Antwortverhalten der befragten Pflegefachkräfte zeigte jedoch, dass die Einschätzung eines Dekubitus nach EPUAP zum Standard gehört, alle weiteren Klassifikationssysteme wurden entweder nicht eingesetzt oder waren nicht bekannt. Auch im Dokumentationsverhalten (Betroffenenbefragung) blieben manche Fragen offen, welche die Wundanamnese betrafen, was wiederum die Evaluation des Heilungsverlaufs erschwert bzw. nicht möglich macht.

Die Herausforderungen der ambulanten und stationären Einrichtungen ähneln sich sehr stark, so auch die mittleren Prävalenzangaben chronischer Wunden von 4,6 %. Auch Hausärzte wurden danach befragt, wie viele Patienten mit chronischen Wunden sie in der Häuslichkeit (mit häuslicher Krankenpflegeverordnung) und in Pflegeheimen versorgen. Die Angaben lassen eine mittlere Prävalenz von 15,6 % in der Häuslichkeit und 27,6 % in stationären Pflegeeinrichtungen beziffern. Die Umsetzung der fachspezifischen Leitlinien ergab, dass

7 Fazit und Ausblick

Klassifikationssysteme bekannt sind und auch zum Großteil angewendet werden. Aus dem Antwortverhalten der ärztlichen Befragten resultierte, dass diese Gruppe mehrheitlich der Ansicht ist, Betroffene mit chronischen Wunden in allen Bereichen zu informieren, zu beraten und auch anzuleiten. Sie nahmen kaum an Schulungs- und Fortbildungsmaßnahmen teil und erachteten für sich selbst überwiegend auch keinen Bedarf.

Die Studienergebnisse evozieren Handlungsempfehlungen für eine zielführende multiprofessionelle Zusammenarbeit und lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Einrichtungen/Arztpraxen

- Regelmäßiges Angebot unabhängiger und wenn möglich interprofessioneller Fortbildungsveranstaltungen;
- interne Fallkonferenzen der am Versorgungsprozess beteiligten Berufsgruppen;
- Erwartungen der anderweitigen Berufsgruppen im Vorfeld klären;
- Erstellung einer vorausschauenden Wundtherapieplanung;
- Ansprechpartner und Kommunikationswege definieren;
- Förderung motivierter Mitarbeiter zu einer wundspezifischen Qualifikation;
- Change-Management-Prozesse lostreten, z. B. Organisationsabläufe hinterfragen, um Anleitungssituationen zu ermöglichen und die Umsetzung von Rezidivprophylaxemaßnahmen zu fördern.

Studium

- Interprofessionelle Vorlesungsveranstaltungen und Seminare für Medizin-, Pflege-, Pharmazie- und Physiotherapiestudierende. Verbindliche Integration von Wundwissen, unter anderem Einsatz von Verbandstoffen, hygienisches Arbeiten, Rezidivprophylaxemaßnahmen, ggf. Einsatz von Objective-structured-clinical-examination-Prüfungen (OESCE);
- interprofessionelle Summerschool und Winterschool „Wound Management“ für Studierende der Pflege, Medizin, Pharmazie und Physiotherapie.

Forschung

- Entwicklung und Einsatz standardisierter Wunddokumentationssysteme inkl. Klassifikationssystemen und Instrumenten zur Messung krankheitsspezifischer gesundheitsbezogener Lebensqualität;
- Implementierung von niedrigschwellingen Bildungsangeboten für Betroffene und deren Angehörige wie z. B. Leg Clubs;
- Erstellung evidenzbasierter Informationsbroschüren für Menschen mit chronischen Wunden und deren Angehörige;
- Förderung der Versorgungsforschung im Bereich Wundversorgung, um Effektivitäts- und Effizienzsteigerungen messbar zu machen, wie z. B. Marktanalysen über das Verordnungsverhalten zu § 37 SGB V. Klärung der Frage: Wer führt Verbandwechsel

7 Fazit und Ausblick

durch, wenn keine häusliche Krankenpflege verordnet wurde, und wer leitet an und stellt die Qualität sicher?

- Ausbau europäischer und nationaler Wundregister.

Politik/Fachgesellschaften

- Jährliches Angebot einer wundspezifischen Qualifikationsmaßnahme im Saarland;
- Einberufung eines runden Tisches der SKG, SPG, SÄK und KVS zur Situation des Entlassungs-/Überleitungsmanagements im Saarland;
- bei Bedarf Einbezug von Fachärzten, ggf. Einsatz von Videokonferenzen;
- politische Prioritätensetzung

Der Ausblick orientiert sich an folgenden Themen und wird anhand dieser im Weiteren kurz skizziert:

- Etablierung von interprofessionellen Masterstudiengängen mit dem Schwerpunkt „Wundmanagement (M.A.)“;
- Einsatz von „**Spezialisierten Ambulanten WundVersorgungsteams**“ (SAWV) in der Primärversorgung;
- Gesetzesänderungen und Kontrolle ;
- Digitalisierung und Einsatz von automatisierten Bildanalyseverfahren basierend auf Mustererkennung und/oder künstlicher Intelligenz.

Etablierung von interprofessionellen Masterstudiengängen mit dem Schwerpunkt „Wundmanagement (M.A.)“

Ein zukünftiges Ziel ist die Entwicklung eines interprofessionellen Masterstudiengangs „Wundmanagement (M.A.)“, bspw. an der Medizinischen Fakultät der Universität des Saarlandes. Der berufsbegleitende, viersemestrige Masterstudiengang könnte Health Professionals (Ärzte, Gesundheits- und Pflegewissenschaftler, Fachkräfte Palliative Care und/oder Pain nurse, Pharmazeuten und Pflegefachkräfte mit einer Fachqualifikation Wundmanager (ICW) oder Wundtherapeut WTcert (DGfW)) auf wissenschaftlichem Niveau – im Tätigkeitsfeld der Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden – qualifizieren. Das Saarländische Hochschulgesetz (SHSG) regelt die Möglichkeit eines Studiums ohne Abitur (§ 77 Abs. 5 SHSG). Der Universität des Saarlandes käme als Aufgabe zu, Zugangsvoraussetzungen zu definieren. Es stellt sich die Frage, welche beruflichen Qualifikationen anteilmäßig summiert und anerkannt werden könnten. Sicherlich wäre es hilfreich, hier Experten der Fachgesellschaften und -verbände (ICW, DGfW, SHV, Wundnetz Saar e.V.) sowie Patienten- und Angehörigenvertreter hinzuzuziehen. Ich würde es begrüßen, Pflegefachkräften ohne Abitur den Zugang zu einer hochschulischen Qualifikation zu ermöglichen. Allerdings müsste gewährleistet werden, dass Module oder Seminare zu „Wissenschaftlichem Arbeiten“ und „Qualitative und Quantitative Forschungsmethoden“ nachgeholt und nachgewiesen werden. Der Masterstudiengang sollte zum Ziel haben,

7 Fazit und Ausblick

Kompetenzen auf Grundlage der Expertenstandards und Leitlinien der Fachgesellschaften zu bilden, um die interprofessionelle Zusammenarbeit zu stärken, Betroffene kompetent zu versorgen und Versorgungsstrukturen reflexiv beurteilen zu können. Theoretische Schwerpunkte stellen die medizinischen Basics der chronischen Wundheilung, die Förderung und Stärkung der Lebensqualität von Betroffenen, rechtliche Aspekte für Health Professionals, Verschreibungen von Heil- und Hilfsmitteln, Mikrobiologie/Hygiene, Ernährungs- und Schmerzmanagement Hands on der Wundversorgung sowie Praxishospitationen dar. Berufliche Perspektiven für Absolventen stelle ich mir in folgenden Bereichen vor: Fallmanager, Führung/Organisation von SAWV-Teams (findet im Weiteren Erwähnung), Fuß-/Gefäßambulanzen oder Wundzentren, Referenten in Fort- und Weiterbildung, Case Manager bei Kostenträgern. Auch wäre es von Vorteil, Dissertationsarbeiten (Dr. med., Dr. rer. med., Dr. rer. nat.) der Absolventen „Wundmanagement (M.A.)“ zu fördern, um die Forschungslage in Deutschland zu stärken. Die Organisation des weiterbildenden Studiengangs müsste so konzipiert werden, dass die Vereinbarkeit von Beruf, Familie und Studium gewährleistet ist. An dieser Stelle müsste diskutiert werden, inwieweit Blended Learning (integriertes Lernen in Kombination aus Präsensveranstaltungen und eLearning-Konzepten) curricular verankert werden kann. Auch wären Praxispartner als Hospitationseinsatzorte, wie ambulante und/oder stationäre Pflegeeinrichtungen, gefäßchirurgische Stationen, diabetologische Schwerpunktpraxen oder Fußambulanzen, nötig und von großer Bedeutung. Meiner Ansicht nach ist es nur durch interprofessionelle Studiengänge möglich, Vorurteile gegenüber anderen Berufsgruppen abzubauen und vernetztes Arbeiten zu fördern und zu stärken.

Einsatz von „Spezialisierten Ambulanten WundVersorgungsteams“ (SAWV) in der Primärversorgung

Die Möglichkeit, sich in einem Fachbereich zu spezialisieren, hat einen guten Grund. Der Wandel von der Industrie- und Dienstleistungsgesellschaft hin zur Wissensgesellschaft ist in vollem Gange, und wir müssen uns eingestehen: Nicht jeder kann in allen Wissensbereichen alleiniger Experte sein. Wir benötigen Spezialisten, in der Pflege genauso wie in der Medizin. Und vor allem müssen wir Strukturen schaffen, um Mitarbeiter mit Fachqualifikationen hinsichtlich ihres Know-hows zu fördern, Burnout/Boreout zu vermeiden und hohen Personalfluktuationen entgegenzuwirken.

Zudem geht aus der Studie hervor, dass nicht jede ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen nach den Empfehlungen des DNQP mindestens einen Wundexperten beschäftigt. Das liegt unter anderem an Fort- und Weiterbildungsbudgets, Personalakquise und -fluktuation, Vergütung und Population. Die niedrige Beteiligung von Hausärzten an dieser Forschung kann auch ein Indiz dafür sein, dass Wundbehandlung keine prioritäre Thematik ist. Wundversorgung wird zwar praktiziert, trotzdem fühlten sich in der Forschungsarbeit Ärzte

7 Fazit und Ausblick

nicht ausreichend honoriert; zudem bringt die Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden einen hohen zeitlichen Aufwand mit sich.

Ein Ausblick meiner Arbeit besteht daher darin, die Entwicklung eines Versorgungspfades (besondere Versorgung nach § 140a SGB V) mit Einbindung eines „**Spezialisierten Ambulanten WundVersorgungsteams**“, kurz SAWV (s. Abb. 76). Das Ziel ist es, Menschen mit chronischen Wunden (Dekubitus, Ulcus cruris und Diabetisches Fußulcus) frühzeitig zu identifizieren, zu diagnostizieren, zu therapieren und Informationsverluste durch eine kontinuierliche Betreuung und interdisziplinäre, sektorübergreifende Zusammenarbeit durch Mitarbeiter des SAWV-Teams (Wundexperten ICW/DGfW, Fachärzte) zu gewährleisten. Hier fungiert der Hausarzt als Gatekeeper. Er identifiziert Patienten mit einer nicht heilenden Wunde von >=3 Wochen und schreibt diese nach einer Aufklärung und ihrem Einverständnis über eine onlinebasierte Plattform in das neue Versorgungsmodell ein. Über diese Online-Plattform wird ein Konsil in einer Wundsprechstunde angefragt, das innerhalb von zwei Wochen einen Termin für den Patienten in einer Gefäß- oder Wundambulanz in einem Krankenhaus ermöglicht. Der Patient durchläuft in der Wundsprechstunde Anamnese, Diagnostik, Klinik/Labor und Wundassessment. Steht eine korrekte Diagnose, müssen weitere Behandlungswege zwischen Arzt und Patienten besprochen werden: Bedarf es einer operativen Behandlung wie bspw. einer arteriellen Revaskularisation oder eines chirurgischen Débridements und folgt eine konservative Behandlung, oder reicht eine konservative Behandlung (bspw. Kompressionstherapie) aus? Je nachdem erfolgt eine Übergabe zwischen dem behandelnden Krankenhausarzt und dem zuständigen Hausarzt. Erst dann wird die Entlassung veranlasst und der Patient wird in seine eigene Häuslichkeit übergeleitet. Das SAWV-Team begleitet den Patienten im gesamten Prozess, von der Vorstellung in der Wundsprechstunde bis zur Stabilisierung der Wunde und ggf. Wundheilung. Die gesamte Versorgungskette wird mit einer elektronischen Patientenakte dokumentiert und ist für die teilnehmenden Professionellen einsehbar. Das heißt, wenn es im häuslichen Umfeld zu einer Verschlechterung des Wundstatus des Patienten kommt, könnte mithilfe der neuen Software ein Telewundkonsil mit dem Hausarzt und/oder dem Gefäßspezialisten stattfinden. Die kontinuierliche Dokumentation sowie die Transparenz des Patientenstatus unterstützt die Arbeit der einbezogenen Professionellen und bringt Effizienz mit sich (bspw. weniger Patiententransporte, keine Wartezeiten und verfügbare Dokumente). Bis diese Idee Realität wird, müssen Verhandlungen zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern in Deutschland stattfinden und Verträge ausgearbeitet werden (Qualifikationsniveau, Teamkonstellation, Dokumentation, Vergütung, Fall- und Zeitpauschalen oder Einzelfallvergütung etc.).

Mein Wunsch für die Zukunft ist es, einen Kostenträger zu finden, der den Mut hat, in einer Region im Saarland das Projekt zu pilotieren und ggf. deutschlandweit zu etablieren.

7 Fazit und Ausblick

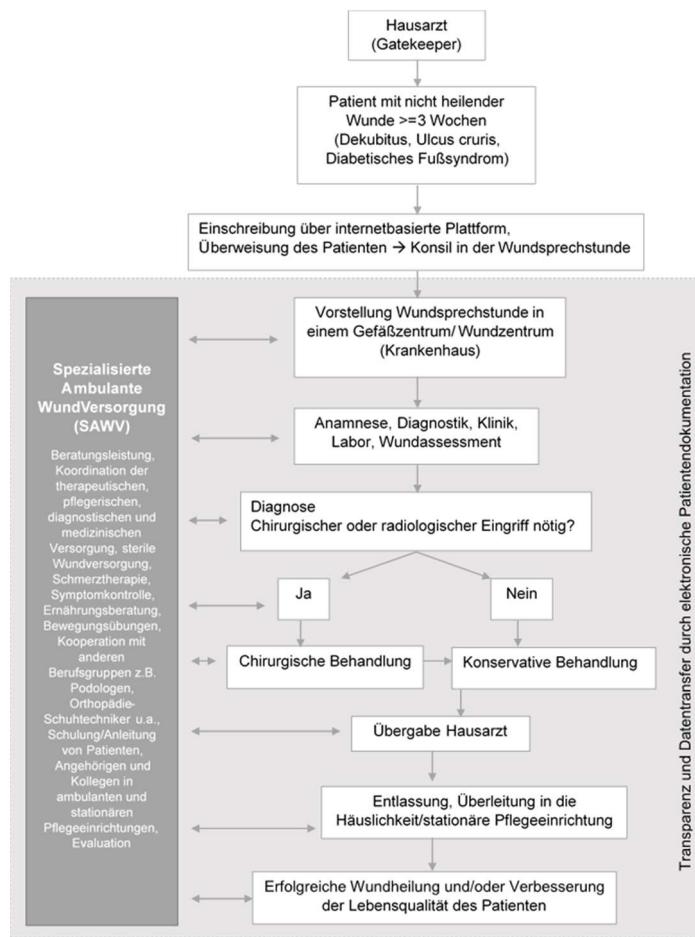


Abbildung 75: SAWV-Versorgungspfad, besondere Versorgung nach § 140a SGB V

Gesetzesänderungen

Um eine kontinuierliche Wundversorgung in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen zu gewährleisten, hat der Gesetzgeber Gesetzesakte erlassen, die die Zuständigkeiten/Verantwortlichkeiten und Finanzierungen in Deutschland regeln. Als Grundlage dient unter anderem § 72 SGB V, der die vertragsärztliche Versorgung der Versichertengruppe sicherstellen soll. Das SGB V „Gesetzliche Krankenversicherung“ (medizinische Behandlungspflege) sowie das SGB XI „Soziale Pflegeversicherung“ (Pflege) stellen die Grundlagen dar. Fakt ist, dass Wundversorgung seitens der Mediziner an ausgebildete Pflegefachkräfte – unabhängig vom Tätigkeitsfeld/Setting – delegiert werden kann und zu den behandlungspflegerischen Tätigkeiten zählt. § 132a SGB V deklariert ausschließlich ambulante Pflegedienste als Leistungserbringer häuslicher Krankenpflege. Zudem definiert § 37 SGB V die „Häusliche Krankenpflege“ und definiert Orte, an denen Versicherte diese Leistung in Anspruch nehmen dürfen, darunter fallen bspw. der eigene Haushalt, betreute Wohnformen, Schulen, Kindergärten und Werkstätten für behinderte Menschen. Die Ansprüche der betroffenen Versicherten wurden im § 37 Abs. 2 Satz 3 SGBV erweitert, sodass dieser Personenkreis (§ 43 SGBXI) bei einem voraussichtlichen Bedarf an Behandlungspflege (von mindestens 6 Monaten) das Recht auf eine ärztliche Verordnung „Häusliche Krankenpflege“ besitzt. Menschen mit chronischen Wunden, die in einer

7 Fazit und Ausblick

stationären Pflegeeinrichtung leben, erhalten bisher Behandlungspflege durch dort angestellte Pflegekräfte. Soweit kein Anspruch auf § 37 SGB V besteht, werden diese Tätigkeiten über Pflegesätze finanziert, also die Entgelte der Heimbewohner oder ihrer Kostenträger (§ 84 Abs. 1 SGB XI).

Betrachtet man die genannten Paragrafen im Detail, stellen sich folgende Fragen, die meiner Ansicht nach gesellschaftspolitisch und ethisch notwendig sind:

- A) Ist es gerechtfertigt, Wundversorgung als behandlungspflegerische Tätigkeit, bei der Dauer, Intensität, Heilungstendenz, Intervall des Verbandwechsels und (Rezidiv-)Häufigkeit (noch) nicht abzusehen ist, durch den Pflegesatz nach § 84 Abs.1 SGB XI abzugelten?

Ich denke, dass dem nicht so ist. Wundversorgung ist behandlungspflegerisch nicht gleichzusetzen damit, den Blutdruck zu messen, eine subcutane Injektion durchzuführen oder den Blutzucker zu messen.

- B) Trifft § 37 SGB V in stationären Pflegeeinrichtungen zu und beachtet man § 132a SGB V, so wären ausschließlich ambulante Pflegedienste berechtigt, die Wundversorgung zu übernehmen. Ist in solchen Fällen die Finanzierung der erbrachten Wundversorgung durch angestellte Pflegefachkräfte in einem Pflegeheim unzulässig? Müsste man dann nicht unter § 132a SGB V stationäre Pflegeeinrichtungen als Leistungsträger mitaufnehmen?

Digitalisierung und Einsatz von automatisierten Bildanalyseverfahren basierend auf Mustererkennung und/oder künstlicher Intelligenz

Seitdem das E-Health-Gesetz 2016 in Kraft trat, sprechen Akteure von der Digitalisierung des Gesundheitswesens. Darunter zählt die Anwendung elektronischer Geräte zur medizinischen Versorgung oder auch Telemedizin. Artikel hierzu erscheinen fast täglich in der Fachpresse. Das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF, 2018) fördert mit seiner Hightech-Strategie und der Digitalen Agenda Big-Data-Zentren, um neue Analyse-, Diagnose- und Therapieverfahren zu entwickeln. Die Techniker Krankenkasse (TK) und die Universitätsmedizin Greifswald gehen vorbildlich voran: seit 2006 bieten sie in Mecklenburg-Vorpommern eine dermatologische Sprechstunde mit einer telemedizinischen Nachsorge an. Mit der mSkin-App kann eine Kommunikation zwischen dem Arzt und dem hauterkrankten Patienten gewährleistet werden. Der Patient beteiligt sich aktiv und gibt seine Daten in ein elektronisches Tagebuch ein. Des Weiteren können Fotos und Hautveränderungen übertragen und dem Arzt mitgeteilt werden. Man erhofft sich dadurch, Therapien schnellstmöglich modifizieren und nötige Therapien einleiten zu können, weite Anfahrten des Patienten zu vermeiden und Versorgungsbedarfe in ländlichen Regionen abdecken zu können (TK Mecklenburg-Vorpommern, 2015). Auch der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) förderte 2016 das Projekt TeleDerm in Baden-Württemberg, das zum Ziel hat, die

7 Fazit und Ausblick

hausärztliche Versorgung durch telemedizinische Konsile (Teledermatologie) verbessern zu wollen (GBA, 2016, S. 14).

Eine aus der Forschungsarbeit hervorgehende neuartige Idee wäre es, mithilfe automatisierter Bildanalyseverfahren basierend auf Mustererkennung und/oder künstlicher Intelligenz (KI) die bisherigen telemedizinischen Projekte weiterzuentwickeln. Nach Lunze (2016, S. 4) liegt das Ziel der KI darin, „menschliche Erkennungs- und Denkprozesse zu formalisieren und einem Rechner zu übertragen“. In diesem Fachgebiet zählt Deutschland zur Spurze der Excellence-Forschung. An dieser Stelle sei das Deutsche Zentrum für Künstliche Intelligenz (DFKI) hervorgehoben, mit Sitz in Saarbrücken. In interprofessionellen Expertenteams (Mediziner, Wundexperten, Pflegefachkräfte, Vertreter von Fachverbänden) könnte man ein selbstlernendes System entwickeln, das durch Algorithmen lernt, skalierte und normierte Wundfotografien zu analysieren und mithilfe weiterer Informationen wie bspw. Wundklassifikationen und standardisierten Wundbeschreibungen auszuwerten und Therapieempfehlungen zu geben. Hier wäre im Vorfeld eine Forschungswerkstatt anzudenken, in der Fachexperten Ideen, Möglichkeiten und Zukunftsvisionen diskutieren könnten. Der Weg zu einer digitalen Wundanalyse funktioniert über ein lernendes System, das heißt, Experten (Dermatologen, Gefäßchirurgen, Hausärzte, Pflegefachkräfte, Informatiker, Ingenieure) müssten eine Datenbank entwickeln, Wundfotodokumentationen in das System einspeisen und nach Experteneinschätzungen beschreiben. Aufgabe wäre es weiterhin, eine Farbskala zu entwickeln, die bei der Aufnahme des Wundfotos neben der Wunde angebracht werden würde, so dass das System den Farbverlauf der Wunde analysieren und interpretieren lernt. Des Weiteren ist die Wunddokumentation wie bspw. Wundtiefe, Volumenbestimmung und ggf. Geruch schriftlich und standardisiert zu hinterlegen (Beispiel: ambulante Software Cannyline und Hardware Cannyboard der Firma Dan Produkte GmbH). Das exakte Vorgehen bedarf einer Schulungseinheit für Professionelle, die entwickelt werden müsste. Der Patient ist in den Prozess involviert und informiert, er kann also über eine App seine Dokumentation einsehen und sein Patiententagebuch schreiben und ggf. mit dem Hausarzt, dem Gefäßspezialisten und/oder der Pflegefachkraft teilen. Auch in diesem Fall müsste der Anwender geschult werden.

Diese Zukunftsvision, mithilfe künstlicher Intelligenz in der Wunddokumentation und -analyse (kurz „Wund-KI“) eine Telematikinfrastruktur zu schaffen, bedarf Investitionen, Expertenwissen und Zeit. Big Data kann in kurzer Zeit viele Gesundheitsinformationen über den Patienten sammeln, und demzufolge dürfen ethische, ökonomische und juristische Aspekte nicht aus dem Fokus geraten. Health Professionals tragen hierbei eine große Verantwortung. Ebenso lernen Betroffene mit chronischen Wunden durch ihre Teilhabe an der Wundversorgung, sich selbstbestimmt, aufgeklärt und informiert in der Therapie zurechtzufinden. Meiner Ansicht nach kann „Wund-KI“ durch Detailerkennung und Klassifikationen zur Effizienz und Effektivität

7 Fazit und Ausblick

im Gesundheitssystem – national und langfristig auch international – beitragen. Folgende Hypothesen stelle ich auf:

- Kostenreduktion im Gesundheitswesen (z. B. Vermeidung von unnötigen Krankenhauseinweisungen oder Patiententransporten)
- Entlastung von Hausärzten
- Stärkung der Kompetenz und des Verantwortungsbereiches für Pflegefachkräfte
- Förderung von Patient-Empowerment
- Unterstützung der Digitalisierung im Gesundheitswesen
- Nationaler und internationaler Datentransfer durch Erweiterung der Wundregister

Das Ziel professioneller pflegerischer und medizinischer Arbeit bleibt weiterhin eine nachhaltige und verbesserte Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden, die als Folge auch eine effiziente und effektive Entlastung des Gesundheitssystems mit sich bringt (DGfW, 2012, S. 23).

Erst wenn Professionelle es schaffen, Menschen mit chronischen Wunden in ihren Selbstmanagementkompetenzen zu stärken, und die wertvolle Ressource Angehörige pflegen und miteinbeziehen, ist ein Heilungsverlauf prognostizierbar und sind Rezidive vermeidbar.

8 Literaturverzeichnis

1. Allet, L., Armand, S., de Bie, R. A., Golay, A., Monnin, D., Aminian, K., Staal, J. B. & de Bruin, E. D. (2010). The gait and balance of patients with diabetes can be improved: a randomised controlled trial. *Diabetologia*, 53, 458–466.
2. AltPfIG. Gesetz über die Berufe in der Altenpflege – Altenpflegegesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 25. August 2003 (BGBl. I S. 1690), das durch Artikel 1b des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2581) geändert worden ist.
3. AnbieterVerband qualitätsorientierter Gesundheitspflegeeinrichtungen e.V. (2017). Die Digitalisierung hat die ambulanten Pflegedienste noch nicht ausreichend erreicht. Presseinformation. http://berliner-pflegekammer.de/wp-content/uploads/2017/06/20170613_Presse-AVG_Digitalisierung_ambulanten_Pflegedienste.pdf [Abruf am 14.06.2017].
4. Ärztekammer des Saarlandes (2004). Weiterbildungsordnung für die Ärztinnen und Ärzte des Saarlandes vom 15.12.2004 in der Fassung der Beschlüsse der Vertreterversammlung der Ärztekammer des Saarlandes vom 01.06.2005, 03.05.2006, 13.06.2007, 09.04.2011 und 25.04.2012. <https://www.aerztekammer-saarland.de/files/15602476F94/WB-0007%20Weiterbildungsordnung%20%2802.01.2013%29.pdf> [Abruf am 14.02.2016].
5. Asmussen, P. & Söllner, B. (2010). Die Prinzipien der Wundheilung. In Kammerlander, G. (Hrsg.), Die Prinzipien der Wundheilung. Embrach: Akademie-ZWM® – Kammerlander-WFI.
6. Augustin, M., Baade, K., Herberger, K., Protz, K., Goepel, L., Wild, T. & Blome, C. (2014). Use oft the woundqoL instrument in routine practice: feasibility, validity and development of an implementation tool. *Wound Medicine* (5), S. 4–8.
7. Augustin, M., Blome, C., Zschocke, I., Schäfer, I., Koenig, S., Rustenbach, S. & Herberger, K. (2012). Benefit evaluation in the therapy of chronic wounds from the patient's perspective – delvelopment and validation of a new method. *Wound Repair and Regeneration* (20), S. 8–14.
8. Augustin, M., Brocatti, L. K., Rustenbach, S. J., Schäfer, I. & Herberger, K. (2012). Cost-off-illness of leg ulcers in the community. *International Wound Journal*, 11, 283–292.
9. Basler, H. D., Hesselbarth, S., Kaluza, G., Schuler, M., Sohn, W. & Nikolaus, T. (2003). Komorbidität, Multimedikation und Befinden bei älteren Patienten mit chronischen Schmerzen. *Der Schmerz*, 4, 252–260.
10. BDSG. Das Bundesdatenschutzgesetz (Fassung der Bekanntmachung vom 14. Januar 2003 BGBl. I S. 66), das zuletzt durch Artikel 7 des Gesetzes vom 30. Juni 2017 (BGBl. IS. 2097) geändert worden ist.

8 Literaturverzeichnis

11. Becker, C., Koczy, P., Rissmann, U. & Lindemann, B. (2005). Medizin im Altenheim – eine „alte“ Domäne der Geriatrie. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 38(1), 24–27.
12. Bedürftig, H. & Eder, S. (2015). Lokaltherapie bei der Behandlung chronischer Wunden. *Gefäßchirurgie*, 20(5), S. 395–406.
13. Behrens, J. & Langer, G. (2010). Evidence-based Nursing and Caring. 3. überarb. & erg. Aufl. Bern: Hans Huber.
14. Bertelsmann Stiftung (2011). Deutschland im demographischen Wandel 2030. Datenreport. Saarland. Gütersloh: Eigenverlag.
15. Blome, C., Baade, K., Debus, E. S., Price, P. & Augustin, M. (2014). The „wound-qol“: a short questionnaire measuring quality of life in patients with chronic wounds based on three established disease-specific instruments. *Wound Repair and Regeneration*, 22, 504–514.
16. Blumer, H. (1973). Der methodologische Standort des symbolischen Interaktionismus. In Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen (Hrsg.) (1981), Alltagswissen, Interaktion und gesellschaftliche Wirklichkeit, 5. Aufl. (S. 80–146). Wiesbaden: Springer
17. Boutoille, D., Féralle, A., Maulaz, D. & Krempf, M. (2008). Quality of life with diabetes-associated foot complications: comparison between lower-limb amputation and chronic foot ulceration. *Foot & Ankle International*, 29(11), 1074–1078.
18. Brtan Romić, R., Brtan, A., Romić, I., Cvitanović, H., Duvančić, T. & Lugović-Mihic, L. (2015). Quality of life and perception of disease in patients with chronic leg ulcer. *Acta clinica Croatica*, 54(3), 309–314.
19. Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e.V. (2015). Schulungsunterlagen und SIS®. <https://www.ein-step.de/schulungsunterlagen/schulungsunterlagen/> [Abruf am 06.04.2018].
20. Bundesärztekammer (2015). Ärztestatistik 2015: Medizinischer Versorgungsbedarf steigt schneller als die Zahl der Ärzte.
http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik2015/Stat15AbbTab.pdf [Abruf am 14.02.2016].
21. Bundesärztekammer (2018). Grundsätze ärztlicher Ethik (Europäische Berufsordnung).
<http://www.bundesaerztekammer.de/recht/berufsrecht/muster-berufsordnung-aerzte/medizinethik-in-der-berufsordnung/grundsaeetze-aerztlicher-ethik-europaeische-berufsordnung/> [Abruf am 09.04.2018].
22. Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung & Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (2010). Nationale VersorgungsLeitlinie Typ-2-Diabetes. Präventions- und Behandlungsstrategien für Fußkomplikationen. AWMF-Register Nr. nvl/001c.
http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/nvl-001cl_S3_Typ-2-Diabetes_Fusskomplikationen_01.pdf [Abruf am 20.12.2015].

8 Literaturverzeichnis

23. Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung (2017a). Physician Assistant darf kein Lückenbüsser sein. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/80677/Physician-Assistant-darf-kein-Lueckenbuesser-sein> [Abruf am 05.10.2017].
24. Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung (2017b). Hausärzten in Nordrhein drohen Regresse wegen Abgabe von Wundversorgungsmaterialien. <https://www.aerzteblatt.de/treffer?mode=s&wo=17&typ=1&nid=83582&s=Wundversorgung> (Abruf am 22.11.2017).
25. Bundesministerium für Bildung und Forschung (2018). Big Data – Management und Analyse großer Datenmengen. <https://www.bmbf.de/de/big-data-management-und-analyse-grosser-datenmengen-851.html> [Abruf am 23.01.2018].
26. Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2000). Zielgeführte Evaluation von Programmen. Ein Leitfaden, QS Nr. 29. Berlin: Eigenverlag.
27. Chergui, B., Kramer, A. & Daeschlein, G. (2006). Hygienische Anforderungen an den Wechsel von Wundauflagen (sog. Verbandwechsel). *GMS Krankenhaushygiene Interdisziplinär*, 1(1), 1–4.
28. De Fátima Rodrigues dos Santos, K., da Silva, P. R., Ferreira, V. T., Domingues, E. A., Simões, I. R., Lima, R. S., Alexandre, N. M. (2016). Quality of life of people with chronic ulcers. *Journal of Vascular Nursing*, 34(4), 131–136.
29. Debus, E. & Augustin, M. (2015). Chronische Wunden schlecht versorgt. Eine Standortanalyse. *Gefässchirurgie*, 20, S. 8–9.
30. Deml, A., Osterbrink, B. & Huber, C. (2015). Kausaltherapie 1 – Druckentlastung. In Panfil, E.-M. & Schröder, G. (Hrsg.), Pflege von Menschen mit chronischen Wunden (S. 319–326). Bern: Hans Huber.
31. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (2015). Fachdefinition. <http://www.degam.de/fachdefinition.html> [Abruf am 28.09.2015].
32. Deutsche Gesellschaft für Angiologie – Gesellschaft für Gefäßmedizin (2015). S3-Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit. AWMF-Register Nr. 065/003, Klasse S3. http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/065-003I_S3_PAVK_periphere_arterielle_Verschlusskrankheitfinal-2016-04.pdf [Abruf am 20.12.2015].
33. Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (2011). Stellungnahme des Vorstands der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP) zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses „über eine Richtlinie über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V“ vom 20. Oktober 2011. [http://dg-pflegewissenschaft.de/wp-](http://dg-pflegewissenschaft.de/wp-166)

8 Literaturverzeichnis

- content/uploads/2017/04/DGP-Stellungnahme-G-BA-Richtl-Nov..2011-1.pdf [Abruf am 22.01.2018].
34. Deutsche Gesellschaft für Phlebologie (2010). Diagnostik und Therapie des Ulcus cruris venosum. AWMF-Register Nr. 037/009, Klasse S3.
http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/037-009I_S3_Diagnostik_und_Therapie_des_Ulcus_cruris_venosum_abgelaufen.pdf [Abruf am 20.12.2015].
35. Deutsche Gesellschaft für Phlebologie (2010). S2-Leitlinie Phlebologischer Kompressionsverband. AWMF-Register Nr. 037/005.
http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/037-005_S2_Phlebologischer_Kompressionsverband_PKV_2009_abgelaufen.pdf [Abruf am 20.12.2015].
36. Deutsche Gesellschaft für Soziologie (2013). Ethik-Kodex der Deutschen Gesellschaft für Soziologie (DGS) und des Berufsverbandes Deutscher Soziologen (BDS).
https://www.soz.univie.ac.at/fileadmin/user_upload/inst_soziologie/DGS_Ethik.pdf [Abruf am 10.06.2015].
37. Deutsche Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung e.V. (2017). DGfW-Akademie. http://dgfw-akademie.de/index_41_dgfw_akademie.html [Abruf am 10.11.2017].
38. Deutsche Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung e.V. (2012). Lokaltherapie chronischer Wunden bei Patienten mit den Risiken periphere arterielle Verschlusskrankheit, Diabetes mellitus, chronische venöse Insuffizienz. AWMF-Register Nr. 091/001, Klasse S3. http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/091-001I_S3_Lokaltherapie_chronischer_Wunden_2012-ungeltig.pdf [Abruf am 20.12.2015].
39. Deutsche Rentenversicherung (2018). Standardrente und Rentenniveau der allgemeinen Rentenversicherung 2018. https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Navigation/6_Wir_ueber_uns/02_Fakten_und_Zahlen/02_kennzahlen_finanzen_vermoegen/1_kennzahlen_rechengroe%C3%9Fen/standardrente_rentenniveau_node.html [Abruf am 06.04.2018].
40. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2013). ICD-10-GM Version 2013. Kapitel XII Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99).
<https://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2013/block-l80-l99.htm> [Abruf am 28.09.2015].
41. Deutsches Netzwerk für Evidenzbasierte Medizin (2018). Definitionen. <http://www.ebm-netzwerk.de/was-ist-ebm/grundbegriffe/definitionen/> [Abruf am 23.03.2018].
42. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2017). Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. 2. Akt. Einschl. Kommentierung und Literaturstudie.

8 Literaturverzeichnis

- https://www.dnqp.de/fileadmin/HSOS/Homepages/DNQP/Dateien/Expertenstandards/Dekubitusprophylaxe_in_der_Pflege/Dekubitus_2Akt_Auszug.pdf [Abruf am 02.09.2017].
43. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2009). Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden (Bde. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung). Osnabrück: Eigenverlag.
44. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2015). Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden. 1. Akt. Osnabrück: Eigenverlag.
45. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2010). Expertenstandard Dekubitusprophylaxe. 1. Akt. Osnabrück: Eigenverlag.
46. Dias, T. Y., Costa, I. K., Melo, M. D., Torres, S. M., Maia, E. M. & Torres, G. (2014). Quality of life assessment of patients with and without venous ulcer. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 22(4), 576–581.
47. Dissemund, J. (2015). Ulcus cruris venosum. In Panfil, E.-M. & Schröder, G. (Hrsg.), Pflege von Menschen mit chronischen Wunden (S. 241–252). Bern: Hans Huber.
48. Do, H. T., Edwards, H. & Finlayson, K. (2015). Identifying relationships between symptom clusters and quality of life in adults with chronic mixed venous and arterial leg ulcers. *International Wound Journal*, 13(5), 904–911.
49. Döring, N. & Bortz, J. (2016). Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften. 5. Aufl., Berlin & Heidelberg: Springer.
50. Egidi, G. (2009). „Tag der Allgemeinmedizin“ – ein neuartiges Label für die hausärztliche Fortbildung. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 85(4), S. 145–146.
51. Engelhardt, M., Elias, K., Augustin, M. & Debus, E. (2015). Erfassung von Lebensqualität bei chronischen Wunden und Gefäßerkrankungen. *Gefässchirurgie*, 20, S. 10–17.
52. Ernstmann, N. (2011). Zur Bedeutung der Versorgungsforschung. *Der Urologe*, 50(6), S. 673–677.
53. Essex, H., Clark, M., Sims, J., Warriner, A. & Cullum, N. (2009). Health-related quality of life in hospital inpatients with pressure ulceration: Assessment using generic health-related quality of life measures. *Wound Repair and Regeneration*, 17, 797–805.
54. European Patients' Forum & Robert Bosch Stiftung (2015). EPF campaign on patient empowerment: roadmap for action. http://www.eu-patient.eu/globalassets/campaign-patient-empowerment/roadmap/roadmap_patient-empowerment_-epf_2017.pdf [Abruf am 14.06.2017].
55. Fejfarová, V., Jirkovská, A., Dragomirecká, E., Game, F., Mém, R., Dubský, M., Wosková, V., Křížová, M., Skibová, J. & Wu, S. (2014). Does the diabetic foot have a significant impact on selected psychological or social characteristics of patients with diabetes mellitus? *Journal of Diabetes Research*, 2014, 1–7.

8 Literaturverzeichnis

56. Finlayson, K., Miaskowski, C., Alexander, K., Liu, W.-H., Aouizerat, B., Parker, C., Maresco-Pennisi, D. & Edwards, H. (2017). Distinct wound healing and quality-of-life outcomes in subgroups of patients with venous leg ulcers with different symptom cluster experiences. *Journal of Pain and Symptom Management*, 53(5), 871–879.
57. Fleischmann, N., Tetzlaff, B., Werle, J., Geister, C., Scherer, M., Weyerer, S., Hummers-Pradier, E. & Mueller, C. A. (2016). Interprofessional collaboration in nursing homes (interprof): a grounded theory study of general practitioner experiences and strategies to perform nursing home visits. *BMC Family practice*, 17(123), 1–13.
58. García-Morales, E., Lázaro-Martínez, J. L., Martínez-Hernández, D., Aragón-Sánchez, J., Beneit-Montesinos, J. V. & González-Jurado, M. A. (2011). Impact of diabetic foot related complications on the health related quality of life (hrqol) of patients – a regional study in spain. *The International Journal of Lower Extremity Wounds*, 10(1), 6–11.
59. Gavan, N. A., Veresiu, I. A., Vinik, E. J., Vinik, A. I., Florea, B. & Bondor, C. I. (2016). Delay between onset of symptoms and seeking physician intervention increases risk of diabetic foot complications: results of a cross-sectional population-based survey. *Journal of Diabetes Research*, 2016, 1–9.
60. Gemeinsamer Bundesausschuss (2016). Geförderte Projekte des Innovationsausschusses zur Förderbekanntmachung Neue Versorgungsformen vom 8. April 2016. https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/doctrine/GbaInnovationsfondsBundle:Media-file-7/Neue-Versorgungsformen_Uebersicht-gefoerderte-Projekte-2016.pdf [Abruf am 13.12.2017].
61. Glaeske, G. (2011). Ärzte und Zahnärzte. In Pfaff, H., Neugebauer, E., Glaeske, G. & Schrappe, M. (Hrsg.), Lehrbuch Versorgungsforschung. Systematik, Methodik, Anwendung (S. 79–83). Stuttgart: Schattauer.
62. Goepel, L., Heyer, K., Herberger, K., Stuppardt, R., Tigges, W., Wagner, T. & Augustin, M. (2015). Selektivverträge zu chronischen Wunden – aktueller Stand in Deutschland. *Gefäßschirurgie*, 20, S. 18–24.
63. Goie, T. T. & Naidoo, M. (2016). Awareness of diabetic foot disease amongst patients with type 2 diabetes mellitus attending the chronic outpatients department at a regional hospital in Durban, South Africa. *African Journal Primary Health Care Family Medicine*, 8(1), 1170–1178.
64. González de la Torre, H., Quintana-Lorenzo, M. L., Perdomo-Pérez, E. & Verdú, J. (2016). Correlation between health-related quality of life and venous leg ulcer's severity and characteristics: a cross sectional study. *International Wound Journal*, 360–368.
65. González-Consuegra, R. & Verdú, J. (2011). Quality of life in people with leg ulcers: an integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 67(5), 926–944.
66. Gorecki, C., Brown, J. M., Nelson, E. A., Briggs, M., Schoonhoven, L., Dealey, C., Defloor, T., Nixon, J. & the European Quality of Life Pressure Ulcer Project group (2009).

8 Literaturverzeichnis

- Impact of pressure ulcer on quality of life in older patients: a systematic review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(7), 1176–1183.
67. Gorecki, C., Nixon, J., Madill, A., Firth, J. & Brown, J. M. (2012). What influences the impact of pressure ulcers on health-related quality of life? a qualitative patient-focused exploration of contributory factors. *Journal of Tissue Viability*, 21, 3–12.
68. Gottrup, F. (2004). A specialized wound-healing center concept: importance of a multidisciplinary department structure and surgical treatment facilities in the treatment of chronic wounds. *The American Journal of Surgery*, 187, 38–43.
69. Hach, W. & Hach-Wunderle, V. (2014). Über die alten und zauberischen Geschwüre im 16. bis 18. Jahrhundert. *Hautarzt*, 65(11), 928–933.
70. Happich, M., John, J., Stamenitis, S., Clouth, J. & Polnau, D. (2008). The quality of life and economic burden of neuropathy in diabetic patients in germany in 2002 – results from the diabetic microvascular complications (dimico) study. *Diabetes Research And Clinical Practice*, 81, 223–230.
71. Harrison, M. B., Graham, I. D., Lorimer, K., VanDenKerkhof, E., Buchanan, M., Wells, P. S., Brandys, T. & Pierscianowski, T. (2008). Nurse clinic versus home delivery of evidence-based community leg ulcer care: a randomized health services trial. *BMC Health Services Research*, 8, 243–252.
72. Harrison, M.B., Graham, I.D., Lorimer, K., Friedberg, E., Pierscianowski, T. & Brandys, T. (2005). Leg-ulcer care in the community, before and after implementation of an evidence-based service. *Canadian Medical Association Journal*, 172(11), 1447-1452.
73. Hazenberg, C. E., Bus, S. A., Kottink, A. I., Bouwmans, C. A., Schönbach-Spraul, A. M. & van Baal, S. G. (2012). Telemedical home-monitoring of diabetic foot disease using photographic foot imaging – a feasibility study. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 18, 32-36.
74. Herrmann, M., Robra, B.-P. & Marx, Y. (2016). Priorisierungskriterien bei Polypharmazie. Ergebnisse einer schriftlichen Befragung von Hausärzten. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 92(6), 254–258.
75. Heyer, K. & Augustin, M. (2014). Therapie chronischer Wunden – Schwerpunkt Ulcus cruris. In Sauer, K., Rothgang, H. & Glaeske, G., BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2014. Berlin: Asgard Verlagsservice GmbH (S. 85–106).
76. Heyer, K., Protz, K. & Augustin, M. (2016). Relevante Defizite in der Versorgung. Wer versorgt Menschen mit chronischen Wunden in Deutschland? *Gpk Sonderausgabe*, 57(2), 3–4.
77. Hoban, C., Sareen, J., Henriksen, C. A., Kuzyk, L., Embil, J. M. & Trepman, E. (2015). Mental health issues associated with foot complications of diabetes mellitus. *Foot and Ankle Surgery*, 21, 49–55.

8 Literaturverzeichnis

78. Hoffmann, W., van den Berg, N. & Fendrich, K. (2010). Epidemiologische Methoden. In Pfaff, H., Neugebauer, E., Glaeske, G. & Schrappe, M. (Hrsg.), Lehrbuch Versorgungsforschung. Systematik, Methodik, Anwendung (S. 269–276). Stuttgart: Schattauer.
79. Holt, S., Schmiedl, S. & Thürmann, P. A. (2010). Potenziell inadäquate Medikation für ältere Menschen. Die PRISCUS-Liste. *Deutsches Ärzteblatt*, 107(31–32), 543–551.
80. Hopman, W. M., Buchanan, M., VanDenKerkhof, E. G., Harrison, M. B. (2013). Pain and health-related quality of life in people with chronic leg ulcers. *Chronic Disease and Injuries in Canada*, 33(3), 167–174.
81. Hopman, W. M., VanDenKerkhof, E. G., Carley, M. E.; Kuhnke, J. L. & Harrison, M. B. (2014). Factors associated with health-related quality of life in chronic leg ulceration. *Quality of Life Research*, 23, 1833–1840.
82. Initiative Chronische Wunden e.V. (2017). Bildungsangebote.
<https://www.icwunden.de/wundseminare/bildungsangebote.html> [Abruf am 10.11.2017].
83. Initiative Patientenkoordination (2014). Herausforderungen.
<http://patientenkoordination.de/herausforderung.php> [Abruf am 14.02.2015].
84. Jones, J. E., Robinson, J. & Barr, W. (2008). Impact of exsudate and odour from chronic venous leg ulceration. *Nursing Standard*, 22(45), 53–61.
85. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2017). Online-Version des EBM.
<http://www.kbv.de/html/online-ebm.php> [Abruf am 15.01.2017].
86. Kassenärztliche Vereinigung Saarland (2015). Arztsuche der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland. <http://arztsuche.kvsaarland.de/> [Abruf am 15.12.2015].
87. Khor, H. M., Tan, J., Saedon, N. I., Kamaruzzaman, S. B., Chin, A. V., Po, P. J., Tan, M. P. (2014). Determinants of mortality among older adults with pressure ulcers. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 59, 536–541.
88. Kindel, A. & Zegelman, A. (2017). Saarland setzt Zeichen für Ärzte-Nachwuchs. ÄrzteZeitung online. <https://www.aerztezeitung.de/regionen/saarland/?sid=930717> [Abruf am 06.04.2018].
89. Köster, I. & Schubert, I. (2015). Epidemiologie und Versorgung von Patienten mit chronischen Wunden. Eine Analyse auf der Basis der Versichertenstichprobe AOK Hessen/KV Hessen. <https://www.bvmed.de/download/pmv-abschlussbericht-2015-12-03> [Abruf am 30.08.2017].
90. Kouris, A., Armyra, K., Christodoulou, C., Sgontzou, T., Karypidis, D., Kontochristopoulos, G., Liordou, F., Zakopoulou, N. & Zouridaki, E. (2014). Quality of life psychosocial characteristics in greek patients with leg ulcers: a case control study. *International Wound Journal*, 13(5), 744–747.

8 Literaturverzeichnis

91. Kouris, A., Christodoulou, C., Efstathiou, V., Chatzimichail, I., Zakopoulou, N. & Zouridaki, E. (2015). Quality of life in Greek family members living with leg ulcer patients. *Wound Repair and Regeneration*, 23, 778–780.
92. KrPfIG. Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege – Krankenpflegegesetz vom 16. Juli 2003 (BGBl. I S. 1442), das durch Artikel 1a des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2581) geändert worden ist.
93. Lamnek, S. (2010). Qualitative Sozialforschung. Weinheim: Beltz.
94. Lindsay, E. (2010). Leg clubs®: a clinically and cost-effective approach to lower limb management. *Wound Care*, 15(1), 16–23.
95. Lozano, Sánchez, F. S., Marinel lo Roura, J., Carrasco Carrasco, E., González-Porras, J. G., Escudero Rodríguez, J. R., Sánchez Nevarez, I., Díaz Sánchez, S., Sociedades Españolas de Angiología y Cirugía Vascular, Capítulo Español de Flebología, Médicos de Atención Primaria & Medicina Familiar y Comunitaria (2014). Venous leg ulcer in the context of chronic venous disease. *Phlebology*, 29, 220–226.
96. Lunze, J. (2016). Künstliche Intelligenz für Ingenieure. 3. überarb. Aufl., Berlin & Boston: Walter De Gruyter GmbH.
97. Mader, A. (2016). Praktisches Wundmanagement. Patientenorientiert handeln – kompetent überleiten. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.
98. Marola, S., Ferrarese, A., Solej, M., Enrico, S., Nano, M. & Martino, V. (2016). Management of venous ulcer: state oft the art. *International Journal of Surgery*, 33, 132–134.
99. Mayring, P. (2010). Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 11. akt. u. überarb. Aufl. Weinheim & Basel: Beltz Verlag.
100. Mazlina, M., Shamsul, A. S. & Saini Jeffery, F. A. (2011). Health-related quality of life in patients with diabetic foot problems in malaysia. *Medical Journal of Malaysia*, 66(3), 234–238.
101. McBride, E., Hacking, B., O'Carroll, R., Young, M., Jahr, J., Borthwick, C., Callander, A. & Berrada, Z. (2016). Increasing patient involvement in the diabetic foot pathway: a pilot randomized controlled trial. *Diabetic Medicine*, 33(11), 1483–1492.
102. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (2017). Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. 5. Pflege-Qualitätsbericht des MDS nach § 114a Abs. 6 SGB XI. Essen: Eigenverlag.
103. Moffatt, C. J., Franks, P. J., Doherty, D. C., Smithdale, R. & Steptoe, A. (2009). Psychological factors in leg ulceration: a case-control study. *British Journal of Dermatology*, 161, 750–756.
104. Moher, D., Liberati, A., Tezlaaff, J., Altman, D., The PRISMA Group (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the prisma statement. *PLoS Medicine*, 6(7), 1–6.

8 Literaturverzeichnis

105. Morbach, S., Müller, E., Reike, H., Risse, A., Rümenapf, G. & Spraul, M. (2012). Diabetisches Fußsyndrom. *Diabetologie*, 7, S. 143–151.
106. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel & Pan Pacific Pressure Injury Alliance (2014). Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Perth: Cambridge Media.
107. Navarro-Flores, E., Gijón-Noguerón, G., Cervera-Marín, J. A. & Labajos-Manzanares, T. (2015). Assessment of foot self-care in patients with diabetes. *Foot & Ankle Specialist*, 8(5), 406–412.
108. Nemcová, J., Hlinková, E., Farský, I., Žiaková, K., Jarošová, D., Zeleníková, R., Bužgová, R., Janíková, E., Zdzieblo, K., Wiraszka, G., Stepien, R., Nowak-Starz, G., Csernus, M. & Balogh, Z. (2016). Quality of life in patients with diabetic foot ulcer in visegrad countries. *Journal of Clinical Nursing*, 26, 1245–1256.
109. O'Brien, J., Finlayson, K., Kerr, G. & Edwards, H. (2016). Evaluating the effectiveness of a self-management exercise intervention on wound healing, functional ability and health-related quality of life outcomes in adults with venous leg ulcers: a randomised controlled trial. *International Wound Journal*, 14(1), 130–138.
110. Ossege, M. (2013). Vorgaben für das Entlassungsmanagement aus dem Versorgungsstrukturgesetz. In Deimel, D. & Müller, M.-L. (Hrsg.), Entlassungsmanagement. Vernetztes Handeln durch Patientenkoordination (S. 37–45). Stuttgart & New York: Thieme.
111. Osterbrink, B. & Huber, C. (2015). Das diabetische Fußsyndrom. In Panfil, E.-M. & Schröder, G. (Hrsg.), Pflege von Menschen mit chronischen Wunden (S. 295–317). Bern: Hans Huber.
112. Pakarinen, T.-K., Laine, H.-J., Mäenpää, H., Mattila, P. & Lahtela, J. (2009). Long-term and quality of life in patients with charcot foot. *Foot and Ankle Surgery*, 15, 187–191.
113. Panfil, E.-M. (2009). Ohne aktiven Patienten kein Erfolg. *Care Management*, 2(2), S. 12–13.
114. Panfil, E.-M., Mayer, H., Junge, W., Laible, J., Lindenberg, E., Trümmer, A., Wordel, A., & Evers, G. C. (2002). Die Wundversorgung von Menschen mit chronischen Wunden in der ambulanten Pflege – Pilotstudie. *Pflege*, 15, 169–176.
115. Panfil, E.-M., Uschok, A. & Osterbrink, B. (2015). Leben und Alltag von Patienten mit einer chronischen Wunde. In Panfil, E.-M. & Schröder, G. (Hrsg.), Pflege von Menschen mit chronischen Wunden (S. 139–158), 3. korrig. Aufl., Bern: Hans Huber.
116. Pedras, S., Carvalho, R. & Da Graça Pereira, M. (2016). Sociodemographic and clinical characteristics of patients with diabetic foot ulcer. *Revista Da Associacao Medica Brasileira*, 62(2), 171–178.

8 Literaturverzeichnis

117. Pfaff, H. & Schrappe, M. (2011). Einführung in die Versorgungsforschung. In Pfaff, H., Neugebauer, E., Glaeske, G. & Schrappe, M. (Hrsg.), Lehrbuch Versorgungsforschung. Systematik, Methodik, Anwendung (S. 1–7). Stuttgart: Schattauer.
118. Protz, K. & Sellmer, W. (2015). Zeitgemäße Wundauflagen – Konzepte und Produkte. In Panfil, E.-M. & Schröder, G. (Hrsg.), Pflege von Menschen mit chronischen Wunden (S. 411–463). Bern: Hans Huber.
119. Protz, K. (2014). Moderne Wundversorgung. 7. Aufl. München: Elsevier.
120. Protz, K., Heyer, K., Dissemond, J., Temme, B., Münter, K.-C., Verheyen-Cronau, I., Klose, K., Hampel-Kalthoff, C. & Augustin, M. (2016). Kompressionstherapie – Versorgungspraxis: Informationsstand von Patienten mit Ulcus cruris venosum. *Journal Deutsche Dermatologische Gesellschaft*, 14(12), S. 1273–1283.
121. Purwins, S., Herberger, K., Debus, E. S., Rustenbach, S. J., Pelzer, P., Rabe, E., Schäfer, E., Stadler, R. & Augustin, M. (2010). Cost-of-illness of chronic leg ulcer. *International Wound Journal*, 7(2), 97–102.
122. Renner, R., Gebhardt, C., Simon, J. C. & Seikowski, K. (2009). Changes in quality of life for patients with chronic venous insufficiency, present or healed leg ulcer. *Journal of the German Society of Dermatology*, 11(7), 953–960.
123. Renner, R., Seikowski, K. & Simon, J. C. (2014). Association of pain level, health and wound status in patients with chronic leg ulcers. *Acta Dermato-Venerologica*, 94, 50–53.
124. Ribu, L., Birkeland, K., Hanestad, B. R., Moum, T. & Rustoen, T. (2008). A longitudinal study of patients with diabetes and foot ulcer and their health-related quality of life: wound healing and quality-of-life changes. *Journal of Diabetes and its Complications*, 22, 400–407.
125. Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Festlegung ärztlicher Tätigkeit zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbstständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V. In der Fassung vom 20. Oktober 2011, veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 46 (S. 1128) vom 21. März 2012 und Nr. 50 (S. 1228) vom 28. März 2012. In Kraft getreten am 22. März 2012.
126. Risse, A. (2013). Compliance und Non-Compliance bei der Behandlung chronischer Wunden. *Phlebologie*, 4, S. 209–212.
127. Robert Koch Institut (2017a). Diabetes mellitus.
http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Themen/Chronische_Erkrankungen/Diabetes/Diabetes_node.html [Abruf am 02.09.2017].
128. Robert Koch Institut (2017b). Gesundheitsberichterstattung-Glossar.
http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/Glossar/gbe_glossar_catalog.html?nn=2370676&cms_lv2=3686272 [Abruf am 14.06.2017].

8 Literaturverzeichnis

129. Robert Koch Institut (Hrsg.) (2002). Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 12 Dekubitus. Berlin: Eigenverlag.
130. Rodrigues, A., Ferreira, P. L. & Ferré-Grau, C. (2016). Providing informal home care for pressure ulcer patients: how it affects carers' quality and burden. *Journal of Clinical Nursing*, 25, 3026–3035.
131. Rohleder, B. & Reinhardt, K. (2017). Gesundheit 4.0. – Wie Ärzte die digitale Zukunft sehen. Präsentation der Umfrage. <https://www.bitkom.org/Presse/Anhaenge-PIs/2017/06-Juni/Praesentation-170608-Aerztestudie-Koop-Hartmannbund-final.pdf> [Abruf am 09.07.2017].
132. Rust, J. N. (1811). Natur, Erkenntnis und Heilung der Geschwüre, nebst einem Anhange sich hierauf beziehender Beobachtungen. Erster Band. Wien: Camesina'schen Buchhandlung.
133. Saarländische Pflegegesellschaft (2015a). Liste der Stationären Altenhilfeeinrichtungen im Saarland gegliedert nach Landkreisen.
<http://www.saarlaendische-pflegegesellschaft.de/assets/files/einrichtungslisten/Liste%20Einrichtungen%20Stationae r.pdf> [Abruf am 19.11.2015].
134. Saarländische Pflegegesellschaft (2015b). Liste der Ambulanten Pflegedienste im Saarland gegliedert nach Landkreisen. <http://www.saarlaendische-pflegegesellschaft.de/assets/files/einrichtungslisten/Kontaktdaten%20Ambulante%20Pfle gedienste.pdf> [Abruf am 19.11.2015].
135. Saarländische Pflegegesellschaft (2017). Verträge. <https://www.saarlaendische-pflegegesellschaft.de/vertrage.html> [Abruf am 10.11.2017].
136. Saarländisches Krankenhausgesetz (SKHG) vom 13. Juli 2005 geändert durch das Gesetz vom 21. November 2007.
137. Salomé, G. M., de Souza Pellegrino, D. M., Blanes, L. & Ferreira, L. M. (2011). Self-esteem in patients with diabetes mellitus and foot ulcers. *Journal of Tissue Viability*, 20, 100–106.
138. Schaeffer, D., Vogt, D., Berens, E.-M. & Hurrelmann, K. (2016). Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland. Ergebnisbericht. http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/Ergebnisbericht_HLS-GER.pdf [Abruf am 14.06.2017].
139. Schirmer, H. D. & Hübner, M. (2009). Das Ende der Fahnenstange. *Deutsches Ärzteblatt*, 106(48), S. 2408–2411.
140. Schrappe, M. & Pfaff, H. (2016). Versorgungsforschung vor neuen Herausforderungen: Konsequenzen für Definitionen und Konzept. *Gesundheitswesen*, 78(11), S. 689–694.

8 Literaturverzeichnis

141. Schröder, G. (2015a). Pathophysiologische Besonderheiten chronischer Wunden. In Panfil, E.-M. & Schröder, G. (Hrsg.), Pflege von Menschen mit chronischen Wunden (S. 159–164). Bern: Hans Huber.
142. Schröder, G. (2015b). Pathophysiologie des Dekubitus. In Panfil, E.-M. & Schröder, G. (Hrsg.), Pflege von Menschen mit chronischen Wunden (S. 191–216). Bern: Hans Huber.
143. Seidler, E. & Leven, K.-H. (2003). Geschichte der Medizin und der Krankenpflege. 7. überarb. & erw. Aufl., Stuttgart: Kohlhammer.
144. Sellmer, D., Carvalho, C. M., Carvalho, D. R. & Malucelli, A. (2013). Expert System to support the decision in topical therapy for venous ulcers. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 34(2), 154–162.
145. Sellmer, W. (2016). Politische Notwendigkeit der neuen Verbandstoffdefinition. Eine erste Bewertung des Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetzes. *Gpk Sonderausgabe*, 57(2), 53–56.
146. SGB V. Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 188, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 14. August 2017 (BGBl. I S. 3214) geändert worden ist.
147. SGB XI. Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 9 des Gesetzes vom 18. Juli 2017 (BGBl. I S. 2757) geändert worden ist.
148. Siersma, V., Thorsen, H., Holstein, P. E., Kars, M., Apelqvist, J., Jude, E. B., Piaggesi, A., Bakker, K., Edmonds, M., Jirkoskà, A., Mauricio, D., Ragnarson Tennvall, G., Reike, H., Spraul, M., Uccioli, L., Urbancic, V., van Acker, K., van Baal, J. & Schaper, N. C. (2014). Health-related quality of life predicts major amputation and death, but not healing, in people with diabetes presenting with foot ulcers: the eurodiale study. *Diabetes Care*, 37, 694–700.
149. Siersma, V., Thorsen, H., Holstein, P. E., Kars, M., Apelqvist, J., Jude, E. B., Piaggesi, A., Bakker, K., Edmonds, M., Jirkovska, A., Mauricio, D., Ragnarson Tennvall, G., Reike, H., Spraul, M., Uccioli, L., Urbancic, V., van Acker, K., van Baal, J. & Schaper, N. C. (2013). Importance of factors determining the low health-related quality of life in people presenting with a diabetic foot ulcer: the eurodiale study. *Diabetic Medicine*, 30, 1382–1387.
150. Silva, M. H., Jesus, M. C., Oliveira, D. M. & Biscotto, G. P. (2013). The daily life of men who live with chronic venous ulcer: phenomenological study. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 34(3), 95–101.
151. Simon, M. (2016). Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise. 5. unv. Aufl., Bern: Hogrefe.

8 Literaturverzeichnis

152. Skhar, M. S., Thomas, R. R., Unnikrishnan, M. K., Vijayanarayana, K. & Rodrigues, G. S. (2015). Impact of diabetic foot ulcer on health-related quality of life: A cross-sectional study. *Seminars in Vascular Surgery*, 28, 165–171.
153. Statistisches Amt Saarland (2015). Pflegetatistik im Saarland 2013. K VIII – 2 j 2013. https://www.saarland.de/dokumente/thema_statistik/STALA_BER_KVIII-2J-13.pdf [Abruf am 19.11.2015].
154. Statistisches Amt Saarland (2016). Pflegetatistik im Saarland 2015. K VIII – 2 j 2015. https://www.saarland.de/dokumente/thema_statistik/STALA_BER_KVIII-2J-15.pdf [Abruf am 10.11.2017].
155. Statistisches Bundesamt (2015). Bevölkerung Deutschlands bis 2060. 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/VorausberechnungBevoelkerung/BevoelkerungDeutschland2060Presse5124204159004.pdf?__blob=publicationFile [Abruf am 15.03.2018].
156. Statistisches Bundesamt (2017). Pflegetatistik 2015, Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001159004.pdf?__blob=publicationFile [Abruf am 10.11.2017].
157. Steinke, I. (2010). Gütekriterien qualitativer Forschung. In Flick, U., von Kardoff, E. & Steinke, I. (Hrsg.), Qualitative Sozialforschung. Ein Handbuch (S. 309–318). Reinbek: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
158. StGB. Strafgesetzbuch in der Fassung der Bekanntmachung vom 13. November 1988 (BGBl. I S. 3322), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 30. Oktober 2017 (BGBl. I S. 3618) geändert worden ist.
159. Taverner, T., Closs, S. J. & Briggs, M. (2014). The journey to chronic pain: a grounded theory of older adults' experiences of pain with leg ulceration. *Pain Management Nursing*, 15(1), 186–198.
160. Techniker Krankenkasse – Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern (2015). Dermatologie-App. <https://www.tk.de/tk/mecklenburg-vorpommern/versorgung-und-innovation/dermatologie-app/700624> [Abruf am 13.12.2017].
161. Thein, H.-H., Gomes, T., Krahn, M. D. & Wodchis, W. P. (2010). Health status utilities and the impact of pressure ulcers in long-term care residents in Ontario. *Quality of Life Research*, 19, 81–89.
162. Treibel, A. (1995). Einführung in soziologische Theorien der Gegenwart. 3. Aufl. Stuttgart: Leske & Budrich.
163. Uschok, A. & Protz, K. (2015). Kausaltherapie 1 – Kompression. In Panfil, E.-M. & Schröder, G. (Hrsg.), Pflege von Menschen mit chronischen Wunden (S. 253–326). Bern: Hans Huber.

8 Literaturverzeichnis

164. Wachholz, P. A., Masuda, P. Y., Nascimento, D. C., Taira, C. M. & Cleto, N. G. (2014). Quality of life and correlated factors in chronic leg ulcer patients in the mid-west of São Paulo State, Brazil. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 89(1), 73–81.
165. Weins, C. (2010). Uni- und bivariate deskriptive Statistik. In Wolf, C. & Best, H. (Hrsg.), *Handbuch der sozialwissenschaftlichen Datenanalyse* (S. 65–89). Wiesbaden: Springer.
166. Wellborn, J. & Moceri, J. T. (2014). The lived experiences of persons with chronic venous insufficiency and lower extremity ulcers. *Wound, Ostomy Continence Nurses Society*, 41(2), 122–126.
167. Wendling, S. & Beadle, V. (2015). The relationship between self-efficacy and diabetic foot self-care. *Journal of Clinical & Translational Endocrinology*, 2, 37–41.
168. Wetzstein, M., Rommel, A. & Lange, C. (2015). Pflegende Angehörige – Deutschlands größter Pflegedienst. *GBE Kompakt*, 6(3), 1-12.
169. Wingenfeld, K. (2011). Pflegerisches Entlassungsmanagement im Krankenhaus. Konzepte, Methoden und Organisationsformen patientenorientierter Hilfen. Stuttgart: Kohlhammer
170. World Health Organization (2018). WHOQOL: measuring quality of life. <http://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/> [Abruf am 23.03.2018].
171. Wundnetz Hamburg (2013). Übersicht über Klassifikationen von Wunden und deren Grunderkrankungen. WZ-IN-008, Version 1. http://www.wundzentrum-hamburg.de/fileadmin/user_upload/standards_WZ/07-2015/005_Informationen/WZ-IN-008_V02_Uebersicht_ueber_Klassifikationen_von_Wunden_und_deren_Grunderkrankungen.pdf [Abruf am 21.11.2015].
172. Wundnetz Hamburg (2018). Patientenbroschüren. <http://www.wundzentrum-hamburg.de/patientenbroschueren/> [Abruf am 09.04.2018].
173. Wundnetz Saar e.V. (2015). Patienten. <http://www.wundnetz-saar.de/patienten.html> [Abruf am 09.04.2018].

9 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Modifiziertes PRISMA-Flussdiagramm zur Studie ChroWuSaar, in Anlehnung an Moher et al. (2009, S. 3).....	26
Abbildung 2: Das systemtheoretische Versorgungssystem als theoretische Grundlage von ChroWuSaar	45
Abbildung 3: Studiendesign ChroWuSaar.....	47
Abbildung 4: Brutto- und Nettorücklauf (Betroffene)	59
Abbildung 5: Landkreise der Einrichtungen (Betroffene).....	60
Abbildung 6: Pflegestufen (Betroffene)	61
Abbildung 7: Brutto- und Nettorücklauf (PfK)	61
Abbildung 8: Landkreise der Einrichtungen (PfK)	62
Abbildung 9: Brutto- und Nettorücklauf (PDL).....	63
<i>Abbildung 10: Landkreise der Einrichtungen (PDL)</i>	64
Abbildung 11: Brutto- und Nettorücklauf (HA).....	65
<i>Abbildung 12: Landkreis (HA)</i>	66
Abbildung 13: Aktueller Wundbehandler (Betroffene)	69
Abbildung 14: Wundart (Betroffene)	70
<i>Abbildung 15: Erstwunde/Rezidiv (Betroffene)</i>	70
Abbildung 16: Zeitraum Wundentstehung (Betroffene)	71
Abbildung 17: Dauer Verbandwechsel durch PfK (Betroffene).....	71
Abbildung 18: Intervall Verbandwechsel durch PfK (Betroffene).....	72
Abbildung 19: Status Wundexsudation (Betroffene)	72
Abbildung 20: Status Wundgrund (Betroffene)	73
Abbildung 21: Spezifische Infektionszeichen (Betroffene)	73
<i>Abbildung 22: Wundspülung durch PfK (Betroffene)</i>	74
Abbildung 23: Wundauflagen (Betroffene)	74
Abbildung 24: Status Wundumgebung (Betroffene).....	75
Abbildung 25: Einsatz von Wundrandschutz (Betroffene)	75
Abbildung 26: Intervall Wunddokumentation durch PfK (Betroffene).....	81
<i>Abbildung 27: Intervall Fotodokumentation (Betroffene)</i>	81
Abbildung 28: Zusatzmaßnahmen bei Menschen mit Dekubitus durch PfK (Betroffene).....	82
Abbildung 29: Zusatzmaßnahmen bei Menschen mit DFS durch PfK (Betroffene)	82
Abbildung 30: Zusatzmaßnahmen bei Menschen mit Ulcus cruris durch PfK (Betroffene)....	83
Abbildung 31: Dauer der pflegerischen/hausärztlichen Betreuung (Betroffene)	84
Abbildung 32: Qualität der pflegerischen/hausärztlichen Wundversorgung (Betroffene).....	84
Abbildung 33: Einbezug von Angehörigen in pflegerische/hausärztliche Wundversorgung (Betroffene)	85
Abbildung 34: Störfaktoren der Wundheilung (Betroffene).....	86
Abbildung 35: Gesprächsinhalte zu wund- und therapiebedingten Einschränkungen (Betroffene)	86
Abbildung 36: Mobilität (Betroffene)	87
Abbildung 37: Information, Anleitung, Beratung zu Mobilität und Aktivität.....	87
Abbildung 38: Schmerzstatus (Betroffene)	88
Abbildung 39: Zeitpunkt Wundschmerz (Betroffene).....	88
Abbildung 40: Information, Anleitung, Beratung zu Schmerz	89
Abbildung 41: Instrumente zur Schmerzerfassung	89
Abbildung 42: Information, Anleitung, Beratung zu Schlafstörungen	90
Abbildung 43: Information, Anleitung, Beratung zu Schlafstörungen	90

9 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 44: Information, Anleitung, Beratung zu psychosozialen Aspekten	91
Abbildung 45: Vorausschauende Wundtherapieplanung (Betroffene).....	91
Abbildung 46: Wundtherapieplanung (PDL).....	92
Abbildung 47: Zielgruppenspezifische Einschätzinstrumente	93
Abbildung 48: Klassifikation nach Widmer/Marshall.....	93
Abbildung 49: Klassifikation nach Fontaine	94
Abbildung 50: Klassifikation nach EPUAP	94
Abbildung 51: Klassifikation nach Wagner/Armstrong	95
Abbildung 52: Umgang mit Einschätzungsinstrumenten – Teilnahme und Bedarf an Schulung und Fortbildung	95
Abbildung 53: Fortbildungsangebot zu „Einschätzung von wund- und therapiebedingten Einschränkungen“ (PDL)	96
Abbildung 54: Fortbildungsbedarf zu „Einschätzung von wund- und therapiebedingten Einschränkungen“ (PDL)	96
Abbildung 55: Bewegungsförderung bei DFS, UCV, UCA, UCM – Teilnahme und Bedarf an Schulung und Fortbildung.....	96
Abbildung 56: Umgang mit Schmerzen – Teilnahme und Bedarf an Schulung und Fortbildung	97
Abbildung 57: Fortbildungsangebot zu „Krankheitsspezifische Maßnahmen zur Behandlung wundbedingter Einschränkungen“ (PDL)	97
Abbildung 58: Fortbildungsbedarf zu „Krankheitsspezifische Maßnahmen zur Behandlung wundbedingter Einschränkungen“ (PDL)	98
Abbildung 59: Gesprächsführung – Teilnahme und Bedarf an Schulung und Fortbildung....	98
Abbildung 60: Fortbildungsangebot zu „Beratung, Schulung und Anleitung sowie Förderung des gesundheitsbezogenen Selbstmanagements“ (PDL)	99
Abbildung 61: Fortbildungsbedarf zu „Beratung, Schulung und Anleitung sowie Förderung des gesundheitsbezogenen Selbstmanagements“ (PDL)	99
Abbildung 62: Beratungs-, Schulungs- und Anleitungsmaterialien in Einrichtungen.....	99
Abbildung 63: Interne/externe Schulungsanbieter	100
Abbildung 64: Fachqualifikationen im Bereich Wundversorgung	103
Abbildung 65: Ansprechpartner/Berater in der Wundversorgung	104
Abbildung 66: Mitgliedschaft Fachgesellschaft	105
Abbildung 67. Entscheider über Wundversorgungsmaterialien.....	105
Abbildung 68: Hausärztliche Wundvisiten im letzten Monat (Betroffene)	106
Abbildung 69: Wund- und therapiebedingte Krankenhausbehandlung (Betroffene).....	107
Abbildung 70: Wundvisite durch Fachärzte (Betroffene).....	107
Abbildung 71: Berufsgruppen im Versorgungsprozess (Betroffene)	108
Abbildung 72: Bewertung der Zusammenarbeit Hausarzt/Pflege (PDL).....	108
Abbildung 73: Zufriedenheit der Zusammenarbeit Hausarzt–Pflege (PfK)	109
Abbildung 74: Bewertung der Zusammenarbeit Hausarzt–Pflege (Betroffene)	109
Abbildung 75: SAWV-Versorgungspfad, besondere Versorgung nach § 140a SGB V.....	160
Abbildung 76:Setting der Teilnehmer (Betroffene).....	CCXXI
Abbildung 77: Mitbeteiligung am Versorgungsprozess des Hausarztes (Betroffene)	CCXXI
Abbildung 78: Vorstellung über Beteiligung am Versorgungsprozess des Hausarztes (Betroffene)	CCXXI
Abbildung 79: Information über Behandlung (Betroffene)	CCXXII
Abbildung 80: Einbezug von Angehörigen durch Hausarzt (Betroffene)	CCXXII
Abbildung 81: Wunsch nach Einbezug von Angehörigen seitens des Hausarztes (Betroffene)	CCXXII

9 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 82: Einbeziehung einer nahestehenden Person durch den Hausarzt (Betroffene)	CCXXII
Abbildung 83: Mitbeteiligung am Versorgungsprozess der Pflegefachkraft (Betroffene)	CCXXIII
Abbildung 84: Vorstellung über Beteiligung am Versorgungsprozess der Pflegefachkraft (Betroffene)	CCXXIII
Abbildung 85: Information über pflegerische Wundversorgung (Betroffene)	CCXXIII
Abbildung 86: Einbezug von Angehörigen durch Pflegefachkraft (Betroffene)	CCXXIII
Abbildung 87: Wunsch nach Einbezug von Angehörigen seitens der Pflegefachkraft (Betroffene)	CCXXIV
Abbildung 88: Einbeziehung einer nahestehenden Person durch die Pflegefachkraft (Betroffene)	CCXXIV
Abbildung 89: Wohnsituation (Betroffene)	CCXXIV
Abbildung 90: Praxisbesuch Hausarzt (Betroffene)	CCXXIV
Abbildung 91: Krankenhausaufenthalt ambulant (Betroffene)	CCXXV
Abbildung 92: Bedarfsmedikation (Betroffene)	CCXXV
Abbildung 93: Dokumentationsmedium der PfK (Betroffene)	CCXXV
Abbildung 94: Infektionszeichen (Betroffene)	CCXXV
Abbildung 95: Wundabstrich (Betroffene)	CCXXVI
Abbildung 96: Zeitraum Wundabstrich (Betroffene)	CCXXVI
Abbildung 97: Wundrandschutz (Betroffene)	CCXXVI
Abbildung 98: Wundreinigung (Betroffene)	CCXXVI
Abbildung 99: Fotodokumentation durch PfK (Betroffene)	CCXXVII
Abbildung 100: Qualifikation der zuständigen PfK (Betroffene)	CCXXVII
Abbildung 101: Zusatzqualifikation Wundversorgung PfK (Betroffene)	CCXXVII
Abbildung 102: Fachqualifikation der zuständigen PfK (Betroffene)	CCXXVIII
Abbildung 103: Jahresangabe des Erwerbs der Fachqualifikation der zuständigen PfK (Betroffene)	CCXXVIII
Abbildung 104: Ursachen der Wunde (PfK)	CCLXV
Abbildung 105: Heilung der Wunde & Wundheilungszeit (PfK)	CCLXV
Abbildung 106: Symptome (PfK)	CCLXVI
Abbildung 107: Bedeutung spezieller Maßnahmen (PfK)	CCLXVI
Abbildung 108: Abhängigkeit personeller Hilfe (PfK)	CCLXVI
Abbildung 109: Schwierigkeiten bei Kleidungs- und Schuhwahl (PfK)	CCLXVII
Abbildung 110: Hygiene (PfK)	CCLXVII
Abbildung 111: Wund- und therapiebedingte Einschränkungen (PfK)	CCLXVII
Abbildung 112: Wundbezogene Hilfsmittel (PfK)	CCLXVIII
Abbildung 113: Wunde und Verbandwechsel (PfK)	CCLXVIII
Abbildung 114: Erhalt der Alltagsaktivitäten (PfK)	CCLXVIII
Abbildung 115: Kompression (PfK)	CCLXIX
Abbildung 116: Bewegungsübungen (PfK)	CCLXIX
Abbildung 117: Beine hochlegen (PfK)	CCLXIX
Abbildung 118: Fußpflege (PfK)	CCLXX
Abbildung 119: Druckentlastung (PfK)	CCLXX
Abbildung 120: Hautschutz (PfK)	CCLXX
Abbildung 121: Ernährung (PfK)	CCLXXI
Abbildung 122: Blutzuckereinstellung (PfK)	CCLXXI
Abbildung 123: Raucherentwöhnung (PfK)	CCLXXI
Abbildung 124: Intra- und Interprofessionelle Verfahrensregelung (PfK)	CCLXXII
Abbildung 125: Materialien für Verbandwechsel (PfK)	CCLXXII

9 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 126: Schweregradeinteilung von Ulzera (PfK).....	CCLXXII
Abbildung 127: Chirurgische Einteilung nach Daniel (PfK)	CCLXXIII
Abbildung 128: Stadieneinteilung nach Wagner (PfK)	CCLXXIII
Abbildung 129: Verlaufsstadien nach Levin (PfK)	CCLXXIII
Abbildung 130: Klassifikation der Fußinfektion (PfK)	CCLXXIV
Abbildung 131: NPUAP (PfK)	CCLXXIV
Abbildung 132: Klassifikation nach Widmer (PfK)	CCLXXIV
Abbildung 133: CEAP-Schema (PfK)	CCLXXV
Abbildung 134: Stadieneinteilung nach Rutherford (PfK)	CCLXXV
Abbildung 135: GREIS (PfK)	CCLXXV
Abbildung 136: UFER (PfK).....	CCLXXVI
Abbildung 137: PEDIS (PfK).....	CCLXXVI
Abbildung 138: DESIGN (PfK).....	CCLXXVI
Abbildung 139: URGE (PfK)	CCLXXVII
Abbildung 140: MEASURE (PfK).....	CCLXXVII
Abbildung 141: CODED (PfK).....	CCLXXVII
Abbildung 142: Länge & Breite (PfK)	CCLXXVIII
Abbildung 143: Uhrmethode (PfK)	CCLXXVIII
Abbildung 144: Tracing (PfK).....	CCLXXVIII
Abbildung 145: Digitale Berechnung (PfK).....	CCLXXIX
Abbildung 146: Einschätzung der Ernährungssituation (PfK).....	CCLXXIX
Abbildung 147: Zufriedenheit Zusammenarbeit Pflege und Hausarzt (PfK)	CCLXXIX
Abbildung 148: Versorgungsbrüche im Gesundheitswesen (PfK)	CCLXXX
Abbildung 149: Wundanamnese – Teilnahme (PfK)	CCLXXX
Abbildung 150: Wundanamnese – Bedarf (PfK)	CCLXXX
Abbildung 151: Arten der Einschränkungen – Teilnahme (PfK)	CCLXXXI
Abbildung 152: Arten der Einschränkungen – Bedarf (PfK)	CCLXXXI
Abbildung 153: Druckentlastung – Teilnahme (PfK)	CCLXXXI
Abbildung 154: Druckentlastung – Bedarf (PfK)	CCLXXXII
Abbildung 155: Kompressionstherapie – Teilnahme (PfK).....	CCLXXXII
Abbildung 156: Kompressionstherapie – Bedarf (PfK)	CCLXXXII
Abbildung 157: Ernährung – Teilnahme (PfK)	CCLXXXIII
Abbildung 158: Ernährung – Bedarf (PfK).....	CCLXXXIII
Abbildung 159: Wundgeruch – Teilnahme (PfK)	CCLXXXIII
Abbildung 160: Wundgeruch – Bedarf (PfK)	CCLXXXIV
Abbildung 161: Wundexsudat – Teilnahme (PfK)	CCLXXXIV
Abbildung 162: Wundexsudat – Bedarf (PfK)	CCLXXXIV
Abbildung 163: Infektionsprophylaxe – Teilnahme (PfK).....	CCLXXXV
Abbildung 164: Infektionsprophylaxe – Bedarf (PfK).....	CCLXXXV
Abbildung 165: Sterile Materialien – Teilnahme (PfK).....	CCLXXXV
Abbildung 166: Sterile Materialien – Bedarf (PfK).....	CCLXXXVI
Abbildung 167: Wundspülungen – Teilnahme (PfK)	CCLXXXVI
Abbildung 168: Wundspülungen – Bedarf (PfK)	CCLXXXVI
Abbildung 169: Evaluation – Teilnahme (PfK)	CCLXXXVII
Abbildung 170: Evaluation – Bedarf (PfK).....	CCLXXXVII
Abbildung 171: Schriftliche Materialien - Teilnahme (PfK)	CCLXXXVII
Abbildung 172: Schriftliche Materialien - Bedarf (PfK)	CCLXXXVIII
Abbildung 173: Lernformen - Teilnahme (PfK).....	CCLXXXVIII
Abbildung 174: Lernformen - Bedarf (PfK).....	CCLXXXVIII
Abbildung 175: Beratungsinhalte - Teilnahme (PfK)	CCLXXXIX

9 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 176: Beratungsinhalte - Bedarf (PfK)	CCLXXXIX
Abbildung 177: Wundheilungsstadien - Teilnahme (PfK)	CCLXXXIX
Abbildung 178: Wundheilungsstadien - Bedarf (PfK)	CCXC
Abbildung 179: Wundzustände - Teilnahme (PfK)	CCXC
Abbildung 180: Wundzustände - Bedarf (PfK)	CCXC
Abbildung 181: Komplikationen - Teilnahme (PfK).....	CCXCI
Abbildung 182: Komplikationen - Bedarf (PfK).....	CCXCI
Abbildung 183: Verlaufsbeschreibung - Teilnahme (PfK).....	CCXCI
Abbildung 184: Verlaufsbeschreibung - Bedarf (PfK).....	CCXCII
Abbildung 185: Lebensqualität - Teilnahme (PfK).....	CCXCII
Abbildung 186: Lebensqualität - Bedarf (PfK).....	CCXCII
Abbildung 187: Wirksamkeitsprüfung - Teilnahme (PfK).....	CCXCIII
Abbildung 188: Wirksamkeitsprüfung - Bedarf (PfK).....	CCXCIII
Abbildung 189: Schulungsmaßnahmen mit anderen Berufsgruppen (PfK)	CCXCIII
Abbildung 190: Weitere Qualifikationen (PfK).....	CCXCIV
Abbildung 191: Mitgliedschaft (PfK).....	CCXCIV
Abbildung 192: Setting (PfK)	CCXCIV
Abbildung 193: Setting (PDL)	CCCXIV
Abbildung 194: Fachpersonal (PDL).....	CCCXIV
Abbildung 195: Ansprechpartner in Entscheidungsprozessen (PDL)	CCCXIV
Abbildung 196: Kommunikationsform (PDL)	CCCXV
Abbildung 197: Prozessbrüche (PDL).....	CCCXV
Abbildung 198: Intra- und interprofessionelle Verfahrensregelung (PDL)	CCCXV
Abbildung 199: Materialien für hygienischen Verbandwechsel (PDL)	CCCXVI
Abbildung 200: Fortbildungsangebot zu "Wundversorgung" (PDL).....	CCCXVI
Abbildung 201: Fortbildungsbedarf zu "Wundversorgung" (PDL).....	CCCXVI
Abbildung 202: Fortbildungsangebot zu Beurteilung von Wundheilungsverläufen" (PDL)	CCCXVII
Abbildung 203: Fortbildungsbedarf zu Beurteilung von Wundheilungsverläufen" (PDL)	CCCXVII
Abbildung 204: Fortbildungsangebot zu „Beurteilung und Effektivität von Maßnahmen zur Minimierung von wund- und therapiebedingten Einschränkungen“ (PDL).....	CCCXVII
Abbildung 205: Fortbildungsbedarf zu „Beurteilung und Effektivität von Maßnahmen zur Minimierung von wund- und therapiebedingten Einschränkungen“ (PDL).....	CCCXVIII
Abbildung 206: Wichtigkeit interprofessioneller Fortbildungen (PDL).....	CCCXVIII
Abbildung 207: Ursachen der Wunde (HA).....	CCCLIX
Abbildung 208: Heilung der Wund & Wundheilungszeit (HA).....	CCCLIX
Abbildung 209: Symptome (HA)	CCCLIX
Abbildung 210: Spezielle Maßnahmen (HA)	CCCLX
Abbildung 211: Abhängigkeit personeller Hilfe (HA)	CCCLX
Abbildung 212: Schwierigkeiten bei Kleidungs- und Schuhwahl (HA).....	CCCLX
Abbildung 213: Persönliche Hygiene (HA).....	CCCLXI
Abbildung 214: Wundbezogene Hilfsmittel (HA)	CCCLXI
Abbildung 215: Wunde & Verbandwechsel (HA).....	CCCLXI
Abbildung 216: Erhalt Alltagsaktivitäten (HA)	CCCLXII
Abbildung 217: Kompression (HA)	CCCLXII
Abbildung 218: Bewegungsübungen (HA)	CCCLXII
Abbildung 219: Hochlegen/Niederlegen der Beine (HA)	CCCLXIII
Abbildung 220: Druckentlastung (HA).....	CCCLXIII
Abbildung 221: Hautpflege (HA)	CCCLXIII

9 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 222: Ernährung & Gewicht (HA).....	CCCLXIV
Abbildung 223: Blutzuckereinstellung (HA).....	CCCLXIV
Abbildung 224: Raucherentwöhnung (HA).....	CCCLXIV
Abbildung 225: Verfahrensregelungen ambulante Pflege (HA).....	CCCLXV
Abbildung 226: Verfahrensregelungen stationäre Pflege (HA).....	CCCLXV
Abbildung 227: Hygienische Materialien ambulante Pflege (HA)	CCCLXV
Abbildung 228: Hygienische Materialien stationäre Pflege (HA)	CCCLXVI
Abbildung 229: Schweregradeinteilung von Ulzera (HA)	CCCLXVI
Abbildung 230: Chirurgische Einteilung (HA).....	CCCLXVI
Abbildung 231: Stadieneinteilung diabetischer Fußläsionen (HA).....	CCCLXVII
Abbildung 232: Verlaufsstadien diabetischer Neuroosteoarthropie (HA).....	CCCLXVII
Abbildung 233: Klinische Klassifikation Fußinfektion (HA)	CCCLXVII
Abbildung 234: NPUAP (HA)	CCCLXVIII
Abbildung 235: Klassifikation CVI nach Widmer (HA)	CCCLXVIII
Abbildung 236: Klassifikation CVI nach CEAP-Schema (HA)	CCCLXVIII
Abbildung 237: Klassifikation PAVK nach Rutherford (HA)	CCCLXIX
Abbildung 238: GREIS (HA).....	CCCLXIX
Abbildung 239: UFER (HA)	CCCLXIX
Abbildung 240: PEDIS (HA)	CCCLXIX
Abbildung 241: DESIGN (HA).....	CCCLXIX
Abbildung 242: URGE (HA).....	CCCLXX
Abbildung 243: MEASURE (HA).....	CCCLXX
Abbildung 244: CODED (HA)	CCCLXX
Abbildung 245: Perpendiculare Methode (HA).....	CCCLXX
Abbildung 246: Uhrmethode (HA).....	CCCLXX
Abbildung 247: Planimetrie (HA)	CCCLXXI
<i>Abbildung 248: Digitale Berechnung via Photographie (HA)</i>	CCCLXXI
Abbildung 249: Einschätzung Ernährungssituation (HA).....	CCCLXXI
Abbildung 250. Zusammenarbeit ambulante Pflege (HA)	CCCLXXII
Abbildung 251: Zusammenarbeit stationäre Pflege (HA)	CCCLXXII
Abbildung 252: Versorgungsbrüche (HA)	CCCLXXII
Abbildung 253: Kriterien für die ärztliche Wundanamnese (HA)	CCCLXXII
Abbildung 254: Arten von wund- und therapiebedingten Einschränkungen (HA)	CCCLXXIII
Abbildung 255. Druckentlastung bei Dekubitus/DFS (HA)	CCCLXXIII
Abbildung 256: Kompressionstherapie (HA)	CCCLXXIII
Abbildung 257: Ernährung (HA).....	CCCLXXIV
Abbildung 258: Wundgeruch (HA)	CCCLXXIV
Abbildung 259: Wundexsudat (HA).....	CCCLXXIV
Abbildung 260: Infektionsprophylaxe (HA).....	CCCLXXV
Abbildung 261: Umgang mit sterilen Materialien (HA)	CCCLXXV
Abbildung 262: Techniken von Wundspülungen (HA).....	CCCLXXV
Abbildung 263: Dokumentation und Evaluation (HA)	CCCLXXVI
Abbildung 264: Umgang mit schriftlichem Material (HA)	CCCLXXVI
Abbildung 265: Lernformen und -typen (HA)	CCCLXXVI
Abbildung 266: Spezielle Beratungs- und Schulungsinhalte (HA).....	CCCLXXVII
Abbildung 267: Wundheilungsstadien (HA)	CCCLXXVII
Abbildung 268: Beschreibung von Wundzuständen (HA)	CCCLXXVII
Abbildung 269: Zeichen für Verschlechterung (HA)	CCCLXXVIII
Abbildung 270: Verlaufsbeschreibung (HA)	CCCLXXVIII
Abbildung 271: Verbesserung der Lebensqualität (HA)	CCCLXXVIII

9 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 272: Relevanz Schulung mit anderen Berufsgruppen (HA)	CCCLXXIX
Abbildung 273: Ansprechpartner bei Entscheidungen (HA)	CCCLXXIX
Abbildung 274: Weitere Qualifikationen (HA).....	CCCLXXX
Abbildung 275: Aktivität Wundnetz/Fachgesellschaft (HA)	CCCLXXX

10 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Vorausberechnung der Gesundheitsausgaben von Ulcera für Deutschland im Jahr 2060	12
Tabelle 2: Internationales Klassifikationssystem für Dekubitus, modifiziert nach EPUAP	15
Tabelle 3: Klassifikation der CVI nach Widmer/Marshall.....	17
Tabelle 4: Stadiengerechte Behandlung der PAVK in Abhängigkeit der Stadien-Einteilung nach Fontaine	18
Tabelle 5: Wagner-Armstrong-Klassifikation.....	19
Tabelle 6: Gründe für eine Nicht-Teilnahme an ChroWuSaar	49
Tabelle 7: Ein- und Ausschlusskriterien Pflegedienstleitungen ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen.....	49
Tabelle 8: Ein- und Ausschlusskriterien von Menschen mit chronischen Wunden	49
Tabelle 9: Ein- und Ausschlusskriterien Pflegefachkräfte ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen.....	50
Tabelle 10: Ein- und Ausschlusskriterien Hausärzte	50
Tabelle 11: Soziodemografische Merkmale (Betroffene)	60
Tabelle 12: Soziodemografische Merkmale (PfK).....	62
Tabelle 13: Berufsjahre und Verbandwechsel/Woche (PfK)	63
Tabelle 14: Soziodemografische Merkmale (PDL).....	64
Tabelle 15: Berufsjahre in Einrichtung (PDL).....	64
Tabelle 16: Soziodemografische Merkmale (HA).....	65
Tabelle 17: Berufserfahrung & Vertragsarztätigkeit (HA)	66
Tabelle 18: Versorgungsstrukturen ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen (PDL)	67
Tabelle 19: Mitarbeiterstruktur ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen (PDL)	67
Tabelle 20: Daten über die Zusammenarbeit mit Hausärzten (PDL)	67
Tabelle 21: Versorgungsstrukturen (HA)	68
Tabelle 22: Therapierelevante Diagnosen (Betroffene).....	69
Tabelle 23: Wundstatus (Betroffene)	70
Tabelle 24: Zusatzprodukte/Selbstkauf (Betroffene).....	76
Tabelle 25: Wound-QoL, Subskala Körper (Betroffene).....	77
Tabelle 26: Patient Needs Questionnaire (PBI-W) Wichtigkeit von Behandlungszielen (Betroffene)	79
Tabelle 27: Patient Benefit Questionnaire (PBI-W) Nutzen der Behandlung (Betroffene)	80
Tabelle 28: Prozessbrüche/Versorgungslücken im Gesundheitswesen (PfK)	111
Tabelle 29: Prozessbrüche/Versorgungslücken im Gesundheitswesen (PDL).....	112
Tabelle 30: Prozessbrüche/Versorgungslücken im Gesundheitswesen (HA).....	113
Tabelle 31: Wünsche an die zukünftige Zusammenarbeit Pflege–Hausarzt (PfK).....	114
Tabelle 32: Wünsche an die zukünftige Zusammenarbeit Pflegeeinrichtung–Hausarzt (PDL)	115
Tabelle 33: Wünsche an die zukünftige Zusammenarbeit Hausarzt–ambulante Pflege (HA)	115
Tabelle 34: Wünsche an die zukünftige Zusammenarbeit Hausarzt–stationäre Pflege (HA)	116
Tabelle 35: Herzensangelegenheiten (Betroffene).....	117
Tabelle 36: Herzensangelegenheiten (PfK)	118
Tabelle 37: Herzensangelegenheiten (PDL)	119
Tabelle 38: Herzensangelegenheiten (HA).....	119

10 Tabellenverzeichnis

Tabelle 39:Vorausberechnung der Gesundheitsausgaben von Ulcera für das Saarland im Jahr 2030	150
Tabelle 40: Berufserfahrung in Jahren (HA)	CCCLXXX

11 Abkürzungsverzeichnis

11 Abkürzungsverzeichnis

amb. Pfl.	Ambulante Pflege(einrichtungen)
AVG	AnbieterVerband qualitätsorientierter Gesundheitspflegeeinrichtungen e.V.
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BÄK	Bundesärztekammer
BDSG	Bundesdatenschutzgesetz
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMFSFJ	Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
CEAP	Clinical condition, Etiology, Anatomic location, Pathophysiology
CVI	Chronisch venöse Insuffizienz
DFKI	Deutsche Zentrum für Künstliche Intelligenz
DFS	Diabetisches Fußsyndrom
DGA	Deutsche Gesellschaft für Angiologie
DGfW	Deutsche Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung e.V.
DGP	Deutsche Gesellschaft für Phlebologie
DGP	Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft
DGS	Deutsche Gesellschaft für Soziologie
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DNQP	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
EbM	Evidence-based Medicine
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EbN	Evidence-based Nursing
EPUAP	European Pressure Ulcer Advisory Panel
EQ-5D	EuroQoL-5
GBA	Gemeinsamer Bundesausschuss
HA	Hausärzte
HHVG	Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung
htw saar	Hochschule für Technik und Wirtschaft des Saarlandes

11 Abkürzungsverzeichnis

KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KVS	Kassenärztliche Vereinigung Saarland
LJM	„Limited joint mobility“
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
NPUAP	National Pressure Ulcer Advisory Panel
PAVK	Peripherie arterielle Verschlusskrankheit
PBI	Patient Benefit Index
PDL	Pflegedienstleitungen
PfK	Pflegefachkräfte
PNO	Patient Need Index
POI	Patient Outcome Index
pPNP	Peripherie sensomotorische Polyneuropathie
PPPIA	Pan Pacific Pressure Injury Alliance
PTS	Postthrombotische Syndrom
RKI	Robert-Koch-Institut
SÄK	Saarländische Ärztekammer
SF-36	Short-Form-36 Health Survey
SGB	Sozialgesetzbuch
SPG	Saarländische Pflegegesellschaft
stat. Pfl.	Stationäre Pflege(einrichtungen)
UCV	Ulcus cruris venosum
UdS	Universität des Saarlandes
Wound-QoL	Questionnaire on quality of life with chronic wounds

12 Glossar

Ambulante

Ambulanter Pflegedienst: Hierbei handelt es sich um Pflegedienste, die

- durch Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI zur ambulanten Pflege zugelassen sind oder Bestandsschutz nach § 73 Abs. 3 und 4 SGB XI genießen und danach als zugelassen gelten.
- selbständig wirtschaften, das bedeutet, dass sie Pflegebedürftige im Sinne des SGB XI entweder ausschließlich oder betriebswirtschaftlich und organisatorisch getrennt von den übrigen Leistungsangeboten pflegerisch betreuen.
- unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft Pflegebedürftige in ihrer Wohnung pflegen und hauswirtschaftlich versorgen.

Body-Mass-Index

„Der Body-Mass-Index (BMI) ist eine häufig verwendete Kennziffer, anhand derer eingeschätzt wird, ob eine Person unter-, normal- oder übergewichtig ist. Er korreliert stark mit dem Körperfettanteil und lässt sich leicht bestimmen. Der BMI wird berechnet aus dem Körpergewicht in Kilogramm geteilt durch die quadrierte Körpergröße in Metern:

BMI [kg/qm] =

Gewicht [kg] / (Größe [m] x Größe [m])

Die WHO klassifiziert für Erwachsene anhand des BMI folgendermaßen:

- unter 18,5 = Untergewicht
- 18,5 bis 24,9 = Normalgewicht
- 25,0 bis 29,9 = Übergewicht
- 30,0 bis 34,9 = Adipositas Grad I
- 35,0 bis 39,9 = Adipositas Grad II
- ≥ 40,0 = extreme Adipositas (Grad III)“ (RKI, 2017b)

Compliance

„Therapietreue; die Bereitschaft ärztlichen Anweisungen zu folgen.“ (RKI, 2017b)

12 Glossar

Diagnostik, Diagnose	<p>„Zur Diagnostik gehören alle die Maßnahmen, die auf die Erkennung der Krankheit/des Gesundheitsproblems ausgerichtet sind. Dazu zählen Anamnese, Untersuchungen, Laboruntersuchungen, usw. Die Diagnose ist dann die Gesamtheit der durch die Diagnostik gewonnenen Erkenntnisse, wozu meist die Benennung eines Krankheitsbildes/eines Gesundheitsproblems in nosologisch-systematischer Form gehört. Siehe auch Nosologie und ICD.“ (RKI, 2017b)</p>
Disposition	<p>„Bei der Entstehung einer Erkrankung/eines Gesundheitsproblems spielen im Allgemeinen sowohl Äußere als auch innere Faktoren und Umstände eine (mit)verursachende Rolle. Mit Disposition sind die inneren, in der Person liegenden Faktoren gemeint. Die Ursachen in ihrer Gesamtheit ergeben sich aus dem komplexen Zusammenspiel von Disposition und Exposition (siehe Exposition, exponiert).“ (RKI, 2017b)</p>
EQ-5D	<p>Instrument zur Messung gesundheitsbezogenen Lebensqualität</p>
Freigemeinnützige Träger	<p>„Trägerschaften der freien Wohlfahrtspflege (z. B. Arbeiterwohlfahrt, Deutscher Caritasverband, Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband, Deutsches Rotes Kreuz, Diakonisches Werk der EKD, Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland oder Religionsgemeinschaften des öffentlichen Rechts)“ (GBA, 2016).</p>
Gesundheitsprobleme	<p>„Gesundheitsprobleme eines Menschen bzw. der Bevölkerung haben vielfältige Formen und Ursachen. (z. B. Krankheiten, Störungen und Behinderungen und deren physische, psychische und soziale Folgen, Lebensbedingungen, Gesundheitsverhalten, Zugänglichkeit und Qualität medizinischer und sozialer Betreuung). Der Wandel der Gesundheitsprobleme einer Bevölkerung ist zudem Indikator des sozialen Wandels und des Wandels der Beziehungen der Menschen zu ihrer Lebensumwelt. Die Sozialmedizin untersucht die Phänomenologie, die sozialen Ursachen</p>

12 Glossar

	<p>und die Folgen sich wandelnder Gesundheitsprobleme. Aufgabe der Sozialmedizin ist die wissenschaftliche und praktische Auseinandersetzung mit der Gegenwart und der Zukunft der Gesundheitsprobleme einer Bevölkerung.“ (RKI, 2017b)</p>
ICD-10	<p>„Internationale Klassifikation der Krankheiten und Todesursachen, 10. Revision, enthält 21 Klassen“ (RKI, 2017b)</p>
Inzidenz	<p>„(engl. incidence), auch Zugang, ist neben der Prävalenz (Bestand) ein Hauptaspekt der Beschreibung und Analyse der Verbreitung von Krankheiten/Gesundheitsproblemen. Die Inzidenz beschreibt Mengen von Zugängen (Inzidenzfälle) in einen Bestand von Kranken/Betroffenen (Prävalenz). Damit ist sie wesentlich für die Betrachtung und Bewertung von Risiken (s. Risiko) in einer Bevölkerung. Zur Beschreibung der Inzidenz gibt es eine Reihe von epidemiologischen Maßzahlen (s. epidemiologische Maßzahlen), die Inzidenzmaße.“ (RKI, 2017b)</p>
Mittelwert	<p>„ist das arithmetische Mittel/der Durchschnitt aller beobachteten bzw. gemessenen Werte und ist ein Lagemaß für eine statistische Häufigkeitsverteilung . Einzelne extreme Ausreisserwerte können dieses Mass aber erheblich beeinflussen.“ (RKI, 2017b)</p>
Morbidität	<p>„bevölkerungsbezogene Betrachtung des Auftretens und der Veränderung von Gesundheitsproblemen.“ (RKI, 2017b)</p>
Mortalität	<p>„bevölkerungsbezogene Betrachtung der Sterblichkeit. Sie wird durch Mortalitätsmaße (Sterblichkeitsmaße), welche die Zahl der Gestorbenen auf die Bevölkerung beziehen, beschrieben. In Sterbetafeln werden die Sterblichkeitsverhältnisse einer Bevölkerung in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht abgebildet. Eng zusammen mit der Mortalität hängt die epidemiologische Maßzahl Lebenserwartung (s. a. epidemiologische Maßzahlen). Verallgemeinert kann die Mortalität als Inzidenz des Sterbens angesehen werden, deshalb sind auch viele Überlegungen und Maßzahlen, die</p>

12 Glossar

	(allgemein) von der Inzidenz ausgehen, übertragbar.“ (RKI, 2017b)
multifaktoriell	„durch mehrere dazu meist in Wechselwirkung miteinander stehende Faktoren/Merkmale beeinflusst/verursacht“ (RKI, 2017b)
Öffentliche Träger	„Trägerschaften, die von kommunalen Trägern unabhängig von ihrer Betriebsart unterhalten werden (z. B. Bund, Land, ein höherer Kommunalverband oder eine Stiftung des öffentlichen Rechts)“ (GBA, 2016).
Outcome	„Alle möglichen Ergebnisse, die aus der Exposition bezüglich von Risikofaktoren, aus präventiven oder therapeutischen Interventionen erwachsen, ganz allgemein die Veränderungen des Gesundheitszustandes infolge des Umgangs mit einem Gesundheitsproblem (s. Gesundheitsprobleme) Insbesondere sind dies die individuell oder bevölkerungsbezogen betrachteten Ergebnisse von Krankheits- bzw. Genesungsprozessen bzw. Behandlungs- bzw. Betreuungsergebnisse. Diese können personenbezogen sowohl unter Aspekten von Schädigungen, Funktionseinschränkungen oder Beeinträchtigungen als auch des Befindens und von Folgen betrachtet werden. Aspekte sind z. B. der Wiederherstellungsgrad, das Maß evtl. bleibender Schäden, die Arbeitsfähigkeit. Die bevölkerungsbezogenen Wahrscheinlichkeiten bzw. Anteile der jeweiligen Ergebnisse lassen sich z. B. in Form von Raten quantifizieren, z. B. Heilungsrate. Bevölkerungsbezogene Ergebnisse können auch Veränderungen von Risiken sein“ (RKI, 2017b)
Population	„Bevölkerung“ (RKI, 2017b)
Prävalenz	„(engl. prevalence), beschreibt Mengen von (i. a.) Personen in einem definierten Zustand. z. B. des Krankseins/Betroffenseins. Sie ist neben der Inzidenz ein Hauptaspekt der Beschreibung und Analyse der Verbreitung von Krankheiten/Gesundheitsproblemen. Die Prävalenz kann sich innerhalb eines bestimmten Zeitraums vergrößern, dann spricht man von Epidemie,

12 Glossar

konstant sein, dann spricht man von Gleichgewicht oder sich verringern, dann spricht man von Regression. Man kann in der Regel von der Häufigkeit des Krankseins nicht auf die Häufigkeit des Krankwerdens (Inzidenz) schließen. Für die Prävalenz gibt es spezielle epidemiologische Maßzahlen, die Prävalenzmaße.“ (RKI, 2017b)

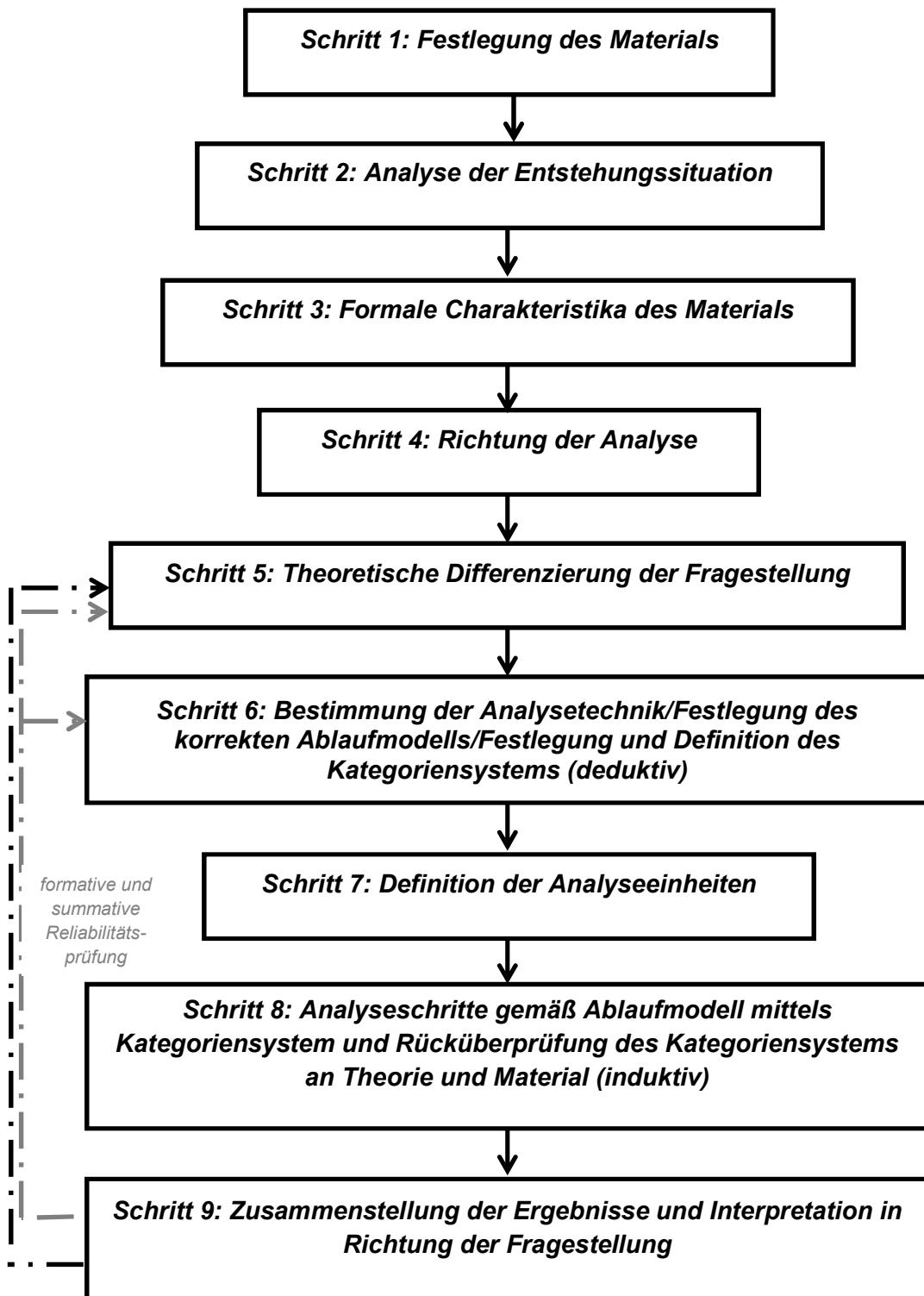
Prävention, präventiv	„Gesundheit zu fördern, schützen, erhalten, wiederherzustellen und das Leiden zu mindern ist das Ziel insbesondere der Medizin. In diesem Sinne zu handeln, ist aber nicht nur Aufgabe der Medizin und des Gesundheitsversorgungssystems, sondern erfordert vielfältige und auch gesamtgesellschaftliche Strategien und Bemühungen. Prävention soll erfolgen bevor eine Wirkung (z. B. ein Gesundheitsproblem, eine Störung, Erkrankung, Schädigung, usw.) eintritt. (Therapie wird eingesetzt, nachdem die Wirkung eingetreten ist.) Deshalb spielen die Untersuchung von und der Umgang mit den Risiken bei der Prävention eine besondere Rolle. Die Vermeidbarkeit von Risiken wird durch viele individuelle, soziale und öffentliche Gegebenheiten beeinflusst. Prävention wird in nicht scharf zu trennende Formen gegliedert: <ul style="list-style-type: none">▪ primäre Prävention: Ausschaltung von Krankheitsursachen▪ sekundäre Prävention: Früherkennung und Behandlung▪ tertiäre Prävention: Vermeidung der Folgen von Krankheit oder ihres Fortschreitens“ (RKI, 2017b)
Private Träger	Trägerschaften, die Einrichtungen von privaterwirtschaftlichen Trägern unterhalten werden (GBA, 2016).
Rezidiv, rezidivierend	„Wiederauftreten einer Krankheit“ (RKI, 2017b)
SF-36	Standardinstrument zur krankheitsübergreifenden Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität „Streuungsmaße“ (RKI, 2017b)
Standardabweichung	
Stationäre	Voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen,
Pflegeeinrichtung	<ul style="list-style-type: none">▪ die selbständig wirtschaften,

12 Glossar

- in denen Pflegebedürftige unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt werden und ganztägig (vollstationär) und/oder nur tagsüber oder nur nachts (teilstationär) untergebracht und verpflegt werden können,
- die durch Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI zur voll-, teilstationären Pflege und/oder Kurzzeitpflege zugelassen sind oder Bestandsschutz nach § 73 Abs. 3 und 4 SGB XI genießen und danach zugelassen sind.

Anhang

I Allgemeines inhaltsanalytisches Ablaufmodell nach Mayring



(Mayring, 2010, S. 60)

II Studiendokumente

II.I Bewilligungsschreiben

Ärztekammer des Saarlandes - Postfach 10 32 62 - 66002 Saarbrücken
Ethik-Kommission

Frau Désirée Schäfer (M.Sc.)
Zentrum für Allgemeinmedizin
Universitätsklinikum des Saarlandes
Gebäude 80.2
66421 Homburg

cc: Prof. Dr. med. Johannes Jäger, MME, Zentrum Allgemeinmedizin,
Universitätsklinikum des Saarlandes

Ihr Zeichen:
Bu 265/15

Ihr Schreiben vom:

Ihr Zeichen:

Datum:
19. Jan. 2016

Ärztekammer
des Saarlandes
Körperschaft
des öffentlichen Rechts



Ethik-Kommission

Geschäftsstelle
Friedensstraße 4
66111 Saarbrücken
Telefon Durchwahl (06 81) 40 05 – 218, -219
Telefax (06 81) 40 03 – 454
E-Mail: ethikkommission@ärztekammer-saarland.de
Internet: www.ethikkommission-ärztekammer-saarland.de
Kernarbeitszeit: Mo. bis Fr. 8.00 bis 11.30 Uhr und
13.00 bis 16.15 Uhr; Fr., 9.00 bis 12.00 Uhr

Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden im Saarland (ChroWuSaar) aus Sicht von Patienten/Bewohnern, Pflegefachkräften und Pflegedienstleistungen aus ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen und Hausärzten

Unsere Kenn-Nr. 265/15 (Bitte stets angeben!)

Sehr geehrte Frau Schäfer!

Die Ethik-Kommission hat sich in ihrer Sitzung im Januar 2016 mit dem Antrag vom 15.12.2015, auf Prüfung des o.a. Forschungsvorhabens befasst und kam dabei zu folgendem Beschluss:

**Unter Bezugnahme auf § 2 des Statuts der Ethik-Kommission
bei der Ärztekammer des Saarlandes bestehen gegen die
Durchführung des beabsichtigten Forschungsvorhabens
keine Bedenken.**

Die Kommission bittet jedoch um Beachtung folgender Hinweise:

- Die Kommission weist daran hin, dass seit 2012 das „Wundnetz Saar“ existiert, das sich zum Ziel gesetzt hat, „die regionale Wundkompetenz durch ein interdisziplinäres Behandlungskonzept zu verbessern und alle zu vernetzen, die an der Behandlung chronischer Wunden beteiligt sind.“ Hier wäre eine Kooperation zu erwägen.
- Eine möglichst vollständige Erfassung aller Fälle von chronischen Wunden in der saarländischen Bevölkerung ist anzustreben, um „Seiteneffekte“ wie Bias möglichst gering zu halten.

-1-

Die Ethik-Kommission bei der Ärztekammer des Saarlandes ist unter Beachtung der internationalen Richtlinien der ICH, GCP u. der 12. Novelle AMG zulässig, nach Landesrecht (Saarländisches Heilberufekommunalgesetz, § 5 Abs. 1) anerkannt und beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte gem. § 22 des Medizinproduktegesetzes sowie beim Bundesamt für Strahlenschutz nach § 92 der Strahlenschutzverordnung und nach § 28g der Röntgenverordnung registriert.

Coronawarn Saarbrücken
Kfz-Nr. 93 99 230
BLZ 590 400 00

Dr. Apotheken- und Apotheke Saarbrücken
Kfz-Nr. 0 001 926 239
BLZ 590 906 20

Postbank Saarbrücken
Kfz-Nr. 98 10 666
BLZ 590 100 06

Bank 1 Saar Seelsöchken
Kfz-Nr. 167 5007
BLZ 591 000 00

Anhang

-2-

Wir machen darauf aufmerksam, dass die Ethik-Kommission mit ihrer Stellungnahme lediglich eine Hilfestellung bei der Beurteilung ethischer und rechtlicher Gesichtspunkte eines geplanten Forschungsvorhabens gibt. Vorantwortlich für die Planung und Durchführung bleibt der zuständige ärztliche Leiter des Forschungsvorhabens.

Bei Änderungen des Forschungsvorhabens vor oder während der Durchführung bedarf es nochmals eines entsprechenden Antrages vor der Änderung. Bei Änderungen sollten sowohl die Antragsnummer als auch die geänderten Passagen in den betreffenden Unterlagen deutlich gekennzeichnet sein, da andernfalls keine zügige Bearbeitung möglich ist.

Wir wünschen Ihnen für die vorgesehene Aufgabe viel Erfolg und wären Ihnen zur gegebenen Zeit für die Übersendung eines Abschlussberichtes dankbar.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. W. Hoffmann
Stellv. Vorsitzender

Mitglieder der Ethik-Kommission

Vorsitzender:	Prof. Dr. med. G. Rettig-Stürmer	Internist/Kardiologe/Intensivmedizin
Stellv. Vorsitzender:	Prof. Dr. med. W. Hoffmann	Pädiater
Mitglieder:	Prof. Dr. med. U. Grundmann	Anästhesist
	Prof. Dr. med. P. Schmidt	Rightsmediziner
	Prof. Dr. med. Dr. h. c. mult. W. Schmidt	Gynäkologe u. Geburtshelfer
	Dr. med. U. Klefhaber	Allgemeinarzt/Psychotherapie
	Just-Rat Prof. Dr. jur. E. Möller	Jurist, zum Richteramt befähigt
	Prof. Dr. rer. nat. U. Feldmann	Med. Biometrie + Informatik, Epidemiologie
	Iris Schneider, MScN	Dipl. Pflegewirkin (FH) am Universitätsklinikum des Saarlandes
	Prof. Dr. med. V. Hörkerz	Pharmakologe
	Prof. Dr. med. G. Fröhlig	Internist/Kardiologe
	Dr. med. M. Jakob	Leiter der Geschäftsstelle

Anhang

II.II Dokumente für Betroffene

II.II.I Anleitungsmanual für betreuende Pflegefachkräfte

Anleitungsmanual

zur Durchführung der Befragung zum Thema:
**„Die Versorgung von Menschen mit
chronischen Wunden im Saarland“
(ChroWuSaar)**

Zentrum Allgemeinmedizin
Medizinische Fakultät
der Universität des Saarlandes
Désirée Schäfer
Gebäude 80.2
66421 Homburg/Saar
Tel. 06841/ 1626805
E-Mail: desiree.schaefer@uks.eu

Anhang

Februar 2016

Liebe Kollegin,
lieber Kollege,

bitte beachten Sie bei der Studie „ChroWuSaar“ folgende Punkte:

1. Teilen Sie der/dem Betroffenen bitte mit, dass es sich um eine Studie handelt, die die Versorgungssituation von Menschen mit chronischen Wunden im Saarland untersuchen möchte.
2. Händigen Sie der/dem Betroffenen das Informationsschreiben aus und fragen sie/ihn bitte nach ihrer/seiner Bereitschaft zur Teilnahme an der Studie.
3. Ist die/der Betroffene bereit und informiert, sollte die Einverständniserklärung unterschrieben werden. Nur dann darf der Fragebogen in die Studie miteinbezogen werden.
4. (a) Wenn die/der Betroffene alle Einschlusskriterien mit „Ja“ erfüllt, kann sie/er sich an der Studie beteiligen. Folgen Sie weiter zu Schritt 5. Bitte übertragen Sie die Identifikationsnummer (ID) (s. Blatt „Einschlusskriterien für Menschen mit chronischen Wunden“) auf den Fragebogen.
(b) Wenn ein oder mehrere Kriterien mit „nein“ beantwortet wurden, kann die/der Betroffene sich nicht an der Studie beteiligen. Senden Sie uns trotzdem den Zettel mit der ausgefüllten Tabelle an das Zentrum Allgemeinmedizin zurück.

Einschlusskriterien	Erfüllt?	
	Ja	Nein
Mindestalter 85 Jahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronische Wunde von mind. 4 Wochen (Diabetisches Fußsyndrom, Ulcus cruris venosum/arteriosum/mixtum/unklare Genese oder Dekubitus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geistige, körperliche sowie psychische Fähigkeit an der Fragebogenerhebung „ChroWuSaar“ teilzunehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inanspruchnahme ambulanter oder stationärer Pflegeeinrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gute Deutschkenntnisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unterschriebene schriftliche Einverständniserklärung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Wenn die/der Betroffene alle Einschlusskriterien erfüllt, händigen Sie ihr/ihm bitte den Fragebogen aus.
6. Teil A des Fragebogens ist von der/dem Betroffenen selbst auszufüllen, Teil B wird bitte von ihrer/seiner zuständigen Pflegefachkraft (mind. 2 Jahre Berufserfahrung) anhand der Dokumentation, soweit es möglich ist, vor Ort vervollständigt.
7. Richtig sind alle ehrlichen Antworten.
8. Bitte kontrollieren Sie beim Einsammeln des Fragebogens, ob er vollständig ausgefüllt wurde.
9. Die Einwilligungserklärung (1 Exemplar), das Blatt zu den Einschlusskriterien sowie der Fragebogen (Teil A und B) können mit dem Briefcouvert „Porto zahlt Empfänger“ an das Zentrum Allgemeinmedizin zurückgesandt werden.

Bei Rückfragen können Sie mich gerne kontaktieren. Vielen Dank.

Anhang

II.II.II Studieninformationsbroschüre für Betroffene

Informationsbroschüre

**zur Teilnahme an einer Studie zum Thema:
„Die Versorgung von Menschen mit
chronischen Wunden im Saarland“
(ChroWuSaar)**

Zentrum Allgemeinmedizin
Medizinische Fakultät der Universität des Saarlandes
Désirée Schäfer
Gebäude 80.2
66421 Homburg/Saar
06841/1626805
Desiree.Schaefer@uks.eu

Februar 2016

Information

**Bitte zur Teilnahme an einer Studie zum Thema:
„Die Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden im
Saarland“ (ChroWuSaar)**

Sehr geehrte Dame,
sehr geehrter Herr,

wir möchten Sie einladen, an einer Studie teilzunehmen, die im Rahmen einer Doktorarbeit über das Zentrum Allgemeinmedizin der Universität des Saarlandes durchgeführt wird.

Diese Fragebogenerhebung findet im Zeitraum von **Anfang Februar bis Ende April 2016** im Saarland statt und trägt den Titel

**„Die Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden im Saarland“
(ChroWuSaar).**

Das Ziel der Forschungsarbeit ist, besser zu verstehen, wie Sie mit Ihrer chronischen Wunde Ihren Alltag erleben, wie stark Sie in Ihrer körperlichen Aktivität, Lebensfreude und dem Kontakt mit anderen Menschen beeinträchtigt sind und welche Behandlungsziele Sie erreichen möchten.

Die Teilnahme ist freiwillig.

Sie können sich frei entscheiden, ob Sie an dieser Studie teilnehmen möchten oder nicht. Wenn Sie Ihre Meinung später ändern, können Sie Ihre Teilnahme im Verlauf der Datenerhebung ohne Angaben von Gründen widerrufen, ohne dass Ihnen Nachteile in Ihrer pflegerischen und medizinischen Versorgung entstehen. In diesem Fall werden alle Daten, die sich auf Ihre Person beziehen, gelöscht.

Anhang

**Nachfolgend gehen wir auf Fragen ein,
die im Zusammenhang mit Studien häufiger gestellt werden,
damit Sie eine informierte Entscheidung bezüglich Ihrer Teilnahme treffen
können.**

Wie ist das Vorgehen, wenn ich an der Studie teilnehmen will?

Mit diesem Informationsschreiben bitten wir Sie einen Fragebogen auszufüllen. Dieser möchte Ihr Alltagserleben mit einer chronischen Wunde sowie Ihre Behandlungsziele und –nutzen in der pflegerischen sowie medizinischen Wundversorgung erfassen.

Was sollte ich über den Ablauf der Studie wissen?

Im Rahmen der Studie werden alle Menschen mit chronischen Wunden im Saarland, die von einem ambulanten Pflegedienst oder einer stationären Pflegeeinrichtung und einem Hausarzt versorgt werden, angefragt. Sie werden hiermit um Teilnahme an der Fragebogenerhebung gebeten. Der Fragebogen wird Ihnen durch Ihre zuständige Pflegefachkraft persönlich überreicht und besteht aus zwei Teilen. Teil A bezieht sich auf Ihre persönliche Sicht über die Wundversorgung, Teil B erfasst Ihre Wundsituation und sollte von Ihrer Pflegefachkraft in Ihrem Beisein ausgefüllt werden. Bitte stecken Sie den Fragebogen (Teil A und Teil B) nach dem Ausfüllen in den frankierten Briefumschlag und senden Sie ihn per Post an die angegebene Adresse zurück (Porto zahlt Empfänger).

Wie viel Zeit muss ich für die Teilnahme an der Studie einplanen?

Für das Ausfüllen des Fragebogens werden Sie voraussichtlich circa 20 Minuten benötigen.

Welche Vorteile erwachsen mir aus der Teilnahme an der Studie?

Die Teilnahme kann Ihnen, aufgrund der Datensammlung im Saarland ermöglichen, Ihren derzeitigen Bedarf an pflegerischer und hausärztlicher Betreuung sichtbar zu machen. Dadurch können Sie uns mitteilen, was Sie sich in der Wundversorgung von Pflegefachkräften und Hausärzten wünschen.

Muss ich aufgrund meiner Teilnahme mit Nachteilen rechnen?

Unabhängig davon, ob Sie an der Studie teilnehmen oder nicht, hat dies keine Auswirkung auf Ihre pflegerische und hausärztliche Betreuung.

Anhang

Was passiert mit meinen Angaben?

Alle Angaben und Aussagen, die Sie im Fragebogen machen, werden absolut vertraulich behandelt.

Das heißt:

- nur die Verfasserin der Doktorarbeit Désirée Schäfer und ihr Betreuer Prof. Dr. med. Johannes Jäger, des Zentrums Allgemeinmedizin der Medizinischen Fakultät der Universität des Saarlandes nehmen Einsicht in die von Ihnen gemachten Angaben;
- alle Angaben werden pseudonymisiert, d.h. Ihre Angaben werden mit einer Kodierungsnummer versehen, um die Identifizierung mit Ihrer Person unkenntlich zu machen;
- alle Angaben werden sicher verschlossen bzw. mit Passwort aufbewahrt und nach Abschluss der Studie gelöscht;
- die Ergebnisse der Studie werden in anonymisierter Form veröffentlicht (d.h. ein Bezug zu Ihnen als Person ist nicht mehr möglich) bzw. mit anderen Ergebnissen zusammengefasst;
- alle beteiligten Personen werden die Bestimmungen des Datenschutzgesetzes und die berufliche Schweigepflicht einhalten.

An wen wende ich mich, wenn ich weitere Fragen habe?

Wenn Sie Fragen haben, zum Beispiel zur Einwilligungserklärung oder zum Inhalt der Befragung, rufen Sie uns unter den angegebenen Telefonnummern an oder schreiben Sie uns. Wir werden Ihnen gerne weitere Auskünfte geben.
Ihre direkte Ansprechpartnerin ist:

Désirée Schäfer | Telefon: 06841/ 1626805 |
E-Mail: Desiree.Schaefer@uks.eu

Wir bitten Sie, diese Studie durch Ihre Teilnahme zu unterstützen!

Wenn Sie teilnehmen möchten, bestätigen Sie mit der Rücksendung des Fragebogens (Teil A und B), Ihrer Einschlusskriterien (ein Blatt) und Ihrer Einverständniserklärung (eine Ausfertigung) Ihre Einwilligung. Ein Briefcouvert mit „Porto zahlt Empfänger“ liegt bei. Dieses Informationsblatt können Sie gerne zu Ihren Unterlagen heften.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Homburg, Februar 2016

Prof. Dr. med. J. Jäger
E-Mail: Johannes.Jaeger@uks.eu
Telefon: 06841 – 1626800

Désirée Schäfer (M.Sc.)
E-Mail: Desiree.Schaefer@uks.eu
Telefon: 06841 – 1626805

Anhang

II.III Einwilligungserklärung

Zentrum Allgemeinmedizin
Medizinische Fakultät der Universität des Saarlandes
Désirée Schäfer
Gebäude 80.2
66421 Homburg
Telefon 06841 - 1626805
Desiree.Schaefer@uks.eu

Einwilligungserklärung zur Studie:

„Die Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden im Saarland“ (ChroWuSaar)

Ich bin über die Inhalte der Studie und deren Ablauf ausreichend aufgeklärt worden.
Ich habe das Informationsschreiben gelesen und verstanden. Ich hatte die Möglichkeit Fragen zu stellen und habe zufriedenstellende Antworten erhalten.
Ich hatte ausreichend Zeit, mich zur Teilnahme an dieser Studie zu entscheiden und weiß, dass die Teilnahme freiwillig ist. Ich weiß, dass ich während der Studie jederzeit und ohne Angaben von Gründen diese Zustimmung widerrufen kann, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen. Falls ich meine Teilnahme widerrufe werden alle Daten, die sich auf meine Person beziehen lassen, gelöscht.
Mir ist bekannt, dass meine Daten in pseudonymisierter Form gespeichert werden. Alle Daten werden entsprechend den Bestimmungen des Datenschutzgesetzes streng vertraulich behandelt und ohne den Namen oder eine Verbindung zu meiner Person ausgewertet.
Durch die Teilnahme an dem Forschungsprojekt entstehen mir keine Kosten oder sonstige Verpflichtungen.
Ich habe eine Kopie des Informationsschreibens und dieser Einwilligungserklärung erhalten.

Ich erkläre hiermit meine freiwillige Teilnahme an dieser Untersuchung.

Name, Vorname (Blockschrift) Ort, Datum Unterschrift
Aufklärende Person:

Name, Vorname (Blockschrift) Ort, Datum Unterschrift
ID

Anhang

II.II.IV Fragebogen für Betroffene

**Sehr geehrte Dame,
sehr geehrter Herr,**

wir möchten Sie einladen, an einer Studie teilzunehmen, die im Rahmen einer Dissertationsarbeit am Zentrum Allgemeinmedizin der Universität des Saarlandes durchgeführt wird.

Diese Fragebogenerhebung findet im Zeitraum von **Anfang Februar bis Ende April 2016 im Saarland** statt und trägt den Titel
**„Die Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden im Saarland“
(ChroWuSaar).**

Das Ziel der Forschungsarbeit ist, besser zu verstehen, wie Sie mit Ihrer chronischen Wunde Ihren Alltag erleben, wie stark Sie in Ihrer körperlichen Aktivität, Lebensfreude und dem Kontakt mit anderen Menschen beeinträchtigt sind und welche Behandlungsziele Sie in der Wundversorgung erreichen möchten.

Wir garantieren Ihnen unsere Schweigepflicht!

Besten Dank für Ihre Zeit und Unterstützung!

Fragebogen Teil A

Datum:	- - - - -	
Name, Vorname		
Identifikationsnummer	□□□□□□□□□□	
Landkreis	Merzig-Wadern	<input type="checkbox"/>
	Neunkirchen	<input type="checkbox"/>
	Regionalverband Saarbrücken	<input type="checkbox"/>
	Saarlouis	<input type="checkbox"/>
	Saarpfalz-Kreis	<input type="checkbox"/>
	St. Wendel	<input type="checkbox"/>
Aktueller Wundbehandler (Hausarzt, Praxisname ggf. Adresse)	<hr/> <hr/> <hr/>	
Versorgung durch ambulanten Pflegedienst (Name ggf. Adresse)	<hr/> <hr/> <hr/>	
oder	<hr/>	
Versorgung in einer Senioreneinrichtung, Pflegeheim (Name ggf. Adresse)	<hr/> <hr/> <hr/>	

Fragebogen zur Lebensqualität bei chronischen Wunden¹

Mit den folgenden Fragen möchten wir erfahren, wie es Ihnen mit Ihrer chronischen Wunde/Ihren chronischen Wunden geht.

Bitte setzen Sie pro Zeile genau ein Kreuz.

In den letzten 7 Tagen ...	gar nicht	etwas	mäßig	ziemlich	sehr
... hatte ich Schmerzen an der Wunde	<input type="checkbox"/>				
... hatte ich einen unangenehmen Geruch an der Wunde	<input type="checkbox"/>				
... hatte ich störenden Wundausfluss	<input type="checkbox"/>				
... war mein Schlaf durch die Wunde beeinträchtigt	<input type="checkbox"/>				
... war die Behandlung der Wunde für mich belastend	<input type="checkbox"/>				
... war ich wegen der Wunde niedergeschlagen	<input type="checkbox"/>				
... hat es mich frustriert, dass die Heilung so lange dauert	<input type="checkbox"/>				
... habe ich mir Sorgen wegen meiner Wunde gemacht	<input type="checkbox"/>				
... hatte ich Angst vor einer Verschlechterung oder vor neuen Wunden	<input type="checkbox"/>				
... hatte ich Angst, mich an der Wunde zu stoßen	<input type="checkbox"/>				
... konnte ich mich wegen der Wunde schlecht fortbewegen	<input type="checkbox"/>				
... war das Treppensteigen wegen der Wunde mühsam	<input type="checkbox"/>				
... hatte ich wegen der Wunde Probleme mit Alltagsaktivitäten	<input type="checkbox"/>				
... waren meine Freizeitaktivitäten wegen der Wunde eingeschränkt	<input type="checkbox"/>				
... musste ich wegen der Wunde Aktivitäten mit Anderen einschränken	<input type="checkbox"/>				
... fühlte ich mich wegen der Wunde abhängig von der Hilfe Anderer	<input type="checkbox"/>				
... war die Wunde für mich eine finanzielle Belastung	<input type="checkbox"/>				

Bitte überprüfen Sie noch einmal, ob Sie zu jeder Aussage genau ein Kreuz gesetzt haben.

Auf der nächsten Seite geht es weiter zu Fragen über Ihre Behandlungsziele.

¹ Wound QoL, genehmigt durch Blome et al. 2014 ©

Wichtigkeit von Behandlungszielen²

Mit den folgenden Fragen möchten wir erfahren, wie wichtig Ihnen persönlich die unten genannten Ziele bei der **aktuellen Behandlung** Ihrer Wunde/Wunden sind.

Bitte kreuzen Sie zu jeder der folgenden Aussagen an, wie wichtig Ihnen dieses Behandlungsziel ist. Falls eine Aussage auf Sie nicht zutrifft, z.B. weil Sie keine Schmerzen haben, kreuzen Sie bitte in der rechten Spalte „betrifft mich nicht“ an.

Wie wichtig ist es für Sie, durch die Behandlung ...	gar nicht	etwas	mäßig	ziemlich	sehr	betrifft mich nicht
... schmerzfrei zu sein	<input type="checkbox"/>					
... keinen Ausfluss an der Wunde zu haben	<input type="checkbox"/>					
... keinen unangenehmen Geruch an der Wunde zu haben	<input type="checkbox"/>					
... an der Wunde/den Wunden geheilt zu sein	<input type="checkbox"/>					
... besser schlafen zu können	<input type="checkbox"/>					
... weniger niedergeschlagen zu sein	<input type="checkbox"/>					
... an Lebensfreude zu gewinnen	<input type="checkbox"/>					
... keine Furcht vor einem Fortschreiten der Krankheit zu haben	<input type="checkbox"/>					
... ein normales Alltagsleben führen zu können	<input type="checkbox"/>					
... im Alltag leistungsfähiger zu sein	<input type="checkbox"/>					
... Ihre Angehörigen und Freunde weniger zu belasten	<input type="checkbox"/>					
... normalen Freizeitaktivitäten nachgehen zu können	<input type="checkbox"/>					
... ein normales Berufsleben führen zu können	<input type="checkbox"/>					
... mehr Kontakte mit anderen Menschen haben zu können	<input type="checkbox"/>					
... sich mehr zeigen zu mögen	<input type="checkbox"/>					
... in der Partnerschaft weniger belastet zu sein	<input type="checkbox"/>					
... weniger auf Arzt- und Klinikbesuche angewiesen zu sein	<input type="checkbox"/>					
... weniger Zeitaufwand mit der täglichen Behandlung zu haben	<input type="checkbox"/>					
... weniger eigene Behandlungskosten zu haben	<input type="checkbox"/>					
... weniger Nebenwirkungen zu haben	<input type="checkbox"/>					
... eine klare Diagnose und Therapie zu finden	<input type="checkbox"/>					
... Vertrauen in die Therapie zu haben	<input type="checkbox"/>					

² PBI-W – Patient Benefit Index bei Wunden, genehmigt durch Blome et al. 2014 ©

Nutzen der Behandlung

Bitte kreuzen Sie nun zu jeder der folgenden Aussagen an, in wieweit die Ziele durch die aktuelle Behandlung bereits erreicht wurden und damit die Behandlung für Sie von Nutzen war. Falls eine Aussage für Sie nicht zutraf, z.B. weil Sie keine Schmerzen hatten, kreuzen Sie bitte in der rechten Spalte „betraf mich nicht“ an.

Die jetzige Behandlung hat mir geholfen ...	gar nicht	etwas	mäßig	ziemlich	sehr	betraf mich nicht
... schmerzfrei zu sein	<input type="checkbox"/>					
... keinen Ausfluss an der Wunde zu haben	<input type="checkbox"/>					
... keinen unangenehmen Geruch an der Wunde zu haben	<input type="checkbox"/>					
... an der Wunde/den Wunden geheilt zu sein	<input type="checkbox"/>					
... besser schlafen zu können	<input type="checkbox"/>					
... weniger niedergeschlagen zu sein	<input type="checkbox"/>					
... an Lebensfreude zu gewinnen	<input type="checkbox"/>					
... keine Furcht vor einem Fortschreiten der Krankheit zu haben	<input type="checkbox"/>					
... ein normales Alltagsleben führen zu können	<input type="checkbox"/>					
... im Alltag leistungsfähiger zu sein	<input type="checkbox"/>					
... meine Angehörigen und Freunde weniger zu belasten	<input type="checkbox"/>					
... normalen Freizeitaktivitäten nachgehen zu können	<input type="checkbox"/>					
... ein normales Berufsleben führen zu können	<input type="checkbox"/>					
... mehr Kontakte mit anderen Menschen haben zu können	<input type="checkbox"/>					
... mich mehr zeigen zu mögen	<input type="checkbox"/>					
... in der Partnerschaft weniger belastet zu sein	<input type="checkbox"/>					
... weniger auf Arzt- und Klinikbesuche angewiesen zu sein	<input type="checkbox"/>					
... weniger Zeitaufwand mit der täglichen Behandlung zu haben	<input type="checkbox"/>					
... weniger eigene Behandlungskosten zu haben	<input type="checkbox"/>					
... weniger Nebenwirkungen zu haben	<input type="checkbox"/>					
... eine klare Diagnose und Therapie zu finden	<input type="checkbox"/>					
... Vertrauen in die Therapie zu haben	<input type="checkbox"/>					

Anhang

Fragen zu Ihrer hausärztlichen Wundversorgung

Mit den folgenden Fragen würden wir gerne erfahren, wie Sie in die Wundbehandlung seitens Ihrer Hausärztin/Ihres Hausarztes miteingebunden werden.
Bitte kreuzen Sie die Antwort an, die spontan am ehesten auf Sie zutrifft.

Fragen zu Ihrer Hausärztin/Ihrem Hausarzt	ja	nein	keine Angaben
Sind Sie selbst an der Wundversorgung und weiteren Maßnahmen beteiligt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entspricht die Beteiligung an der Wundversorgung und weiteren Maßnahmen Ihren Vorstellungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihre Hausärztin/Ihr Hausarzt ausführlich mit Ihnen über die Behandlung der Wunde gesprochen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihre Hausärztin/Ihr Hausarzt ausführlich mit Ihnen über den folgenden wund- und therapiebedingten Einschränkungen gesprochen?			
Bewegungseinschränkung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jucken, Schwellung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sorgen, Frust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wird eine nahestehende Person von Ihnen in Ihre medizinische Wundversorgung miteinbezogen?	ja	<input type="checkbox"/>
	nein	<input type="checkbox"/>
	weiß nicht	<input type="checkbox"/>
Wenn nein, würden Sie sich wünschen, dass eine nahestehende Person von Ihnen mit in die medizinische Wundversorgung miteinbezogen werden würde?	ja	<input type="checkbox"/>
	nein	<input type="checkbox"/>
	weiß nicht	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wer ist diese nahestehende Person? Ehefrau/Ehemann Lebensgefährtin/Lebensgefährte Tochter/Sohn Nachbarin/Nachbar Sonstige:		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>

Wie schätzen Sie die Qualität der Wundbehandlung durch Ihre Hausärztin/Ihren Hausarzt ein?	sehr hoch	<input type="checkbox"/>
	eher hoch	<input type="checkbox"/>
	eher gering	<input type="checkbox"/>
	sehr gering	<input type="checkbox"/>
	weiß nicht	<input type="checkbox"/>

Anhang

Fragen zu Ihrer pflegerischen Wundversorgung

Mit den folgenden Fragen würden wir gerne erfahren, wie Sie in die Wundbehandlung seitens Ihrer zuständigen Pflegefachkraft miteingebunden werden.

Bitte kreuzen Sie die Antwort an, die spontan am ehesten auf Sie zutrifft.

Fragen zu Ihrer zuständigen Pflegefachkraft	ja	nein	keine Angaben
Sind Sie selbst an der Wundversorgung und weiteren Maßnahmen beteiligt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entspricht die Beteiligung an der Wundversorgung und weiteren Maßnahmen Ihren Vorstellungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihre zuständige Pflegefachkraft ausführlich mit Ihnen über die Versorgung der Wunde gesprochen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihre zuständige Pflegefachkraft ausführlich mit Ihnen über den folgenden wund- und therapiebedingten Einschränkungen gesprochen?			
Bewegungseinschränkung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jucken, Schwellung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sorgen, Frust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wird eine nahestehende Person von Ihnen in Ihre pflegerische Wundversorgung miteinbezogen?	ja	<input type="checkbox"/>
	nein	<input type="checkbox"/>
	weiß nicht	<input type="checkbox"/>
Wenn nein, würden Sie sich wünschen, dass eine nahestehende Person von Ihnen mit in die pflegerische Wundversorgung miteinbezogen werden würde?	ja	<input type="checkbox"/>
	nein	<input type="checkbox"/>
	weiß nicht	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wer ist diese nahestehende Person? Ehefrau/Ehemann Lebensgefährin/Lebensgefährte Tochter/Sohn Nachbarin/Nachbar Sonstige:		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>

Wie schätzen Sie die Qualität der Wundbehandlung durch Ihre zuständige Pflegefachkraft ein?	sehr hoch	<input type="checkbox"/>
	eher hoch	<input type="checkbox"/>
	eher gering	<input type="checkbox"/>
	sehr gering	<input type="checkbox"/>
	weiß nicht	<input type="checkbox"/>

Anhang

Fragen zu Ihrer Person

Am Schluss noch einige Fragen zu Ihrer Person ...

Welches Geschlecht haben Sie?	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich
-------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------

Wann sind Sie geboren?	19 ____
------------------------	---------

Wie ist Ihr momentaner Familienstand?	Ledig	<input type="checkbox"/>
	Verheiratet	<input type="checkbox"/>
	Geschieden	<input type="checkbox"/>
	Verwitwet	<input type="checkbox"/>

Wie ist Ihre aktuelle Wohnsituation?	Privathaushalt, alleine	<input type="checkbox"/>
	Privathaushalt, mit Angehörigen	<input type="checkbox"/>
	Pflegeeinrichtung	<input type="checkbox"/>

Haben Sie Kinder?	Ja	<input type="checkbox"/>
	Nein	<input type="checkbox"/>

Wie sind Sie krankenversichert?	Gesetzlich	<input type="checkbox"/>
	Privat	<input type="checkbox"/>
	Andere	<input type="checkbox"/>

Haben Sie eine Pflegestufe? Wenn ja,	keine	<input type="checkbox"/>
	Pflegestufe 0	<input type="checkbox"/>
Pflegestufe I		<input type="checkbox"/>
Pflegestufe II		<input type="checkbox"/>
Pflegestufe III		<input type="checkbox"/>
Pflegestufe III (Härtefall)		<input type="checkbox"/>

Wie lange werden Sie bereits von Ihrem Hausarzt betreut?	weniger als 1 Jahr	<input type="checkbox"/>
	1 bis 2 Jahre	<input type="checkbox"/>
	3 bis 5 Jahre	<input type="checkbox"/>
	6 bis 10 Jahre	<input type="checkbox"/>
	mehr als 10 Jahre	<input type="checkbox"/>

Anhang

Wie lange werden Sie bereits von Ihrer zuständigen Pflegefachkraft/dem ambulanten Pflegedienst betreut?	weniger als 1 Jahr	<input type="checkbox"/>
	1 bis 2 Jahre	<input type="checkbox"/>
	3 bis 5 Jahre	<input type="checkbox"/>
	6 bis 10 Jahre	<input type="checkbox"/>
	mehr als 10 Jahre	<input type="checkbox"/>

Wie schätzen Sie die Zusammenarbeit zwischen Ihrer zuständigen Pflegefachkraft/dem ambulanten Pflegedienst und Ihrem Hausarzt bezüglich Ihrer Wundversorgung ein?	sehr gut	<input type="checkbox"/>
	gut	<input type="checkbox"/>
	mittel	<input type="checkbox"/>
	schlecht	<input type="checkbox"/>
	ungenügend	<input type="checkbox"/>
	weiß nicht	<input type="checkbox"/>

Wie oft hat im letzten Monat Ihr Hausarzt Ihre Wunde gesehen bzw. wie oft haben Sie ihn aufgesucht?
Male war ich selbst in der Arztpaxis
Male hat der Arzt bei mir einen Hausbesuch durchgeführt

Welche Ärzte haben Sie in den letzten 12 Monaten wegen Ihrer Wunde aufgesucht?	regelmäßig	vereinzelt	Gar nicht	keine Angabe
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chirurg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orthopäde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetologe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heilpraktiker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderer: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie oft waren Sie wegen Ihrer Wunde in den letzten 12 Monaten im Krankenhaus?
ambulant (nicht über Nacht im Krankenhaus)
stationär (mindestens eine Nacht im Krankenhaus übernachtet)

Anhang

Welche Produkte haben Sie im letzten Monat zusätzlich für die Behandlung und Pflege Ihrer Wunde gekauft? (Salben, Verbandmaterial oder Sonstiges)

Wie viel Geld haben Sie im letzten Monat zusätzlich zur Rezeptgebühr für Behandlung und Pflege Ihrer Wunde ausgegeben? (Salben, Verbandmaterial oder Sonstiges)

_____ Euro

**Liegt Ihnen noch etwas auf dem Herzen, was Sie uns mitteilen möchten?
Haben wir Sie etwas nicht gefragt, was Sie als wichtig erachten?**

Sind Sie damit einverstanden, dass Ihre Wunddaten an uns übermittelt werden?

Ja

Nein

Wenn ja, bitte lassen Sie diesen Teil B des Fragebogens von Ihrer zuständigen Pflegefachkraft ausfüllen.

Herzlichen Dank!

Anhang

Fragebogen Teil B

Liebe Kollegin,
lieber Kollege,

nach Einverständnis der/des Betroffenen bitte ich Sie, die aktuelle Wundversorgung zu beschreiben. Um Daten saarlandweit zu erfassen benötigen wir Informationen zu Wundstatus, Wundtherapie und Rezidivmaßnahmen.

Vielen Dank!

[1] Um welche Art der Wunde handelt es sich bei der/dem Betroffenen?

- | | |
|-------------------------|---|
| Ulcus cruris venosum | <input type="checkbox"/> |
| Ulcus cruris arteriosum | <input type="checkbox"/> |
| Ulcus cruris mixtum | <input type="checkbox"/> |
| Ulcus, unklare Genese | <input type="checkbox"/> |
| Dekubitus | <input type="checkbox"/> Wenn ja, welcher Grad? _____ |
| Diabetisches Fußsyndrom | <input type="checkbox"/> |
| Sonstiges: | _____ |

[2] Handelt es sich hierbei um eine Erstwunde oder ein Rezidiv?

- | | Ja | Nein | nicht bekannt |
|----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| eine Erstwunde | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ein Rezidiv | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Wenn Rezidiv, das wievielte?
_____ (Anzahl)

[3] Die Wunde besteht seit:

_____. _____. _____. (Datum)

Nicht bekannt

[4] Welche therapierelevanten Diagnosen sind bekannt?

- | | |
|--|---|
| Diabetes mellitus Typ I | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes mellitus Typ II | <input type="checkbox"/> |
| Periphere arterielle Verschlusskrankheit | <input type="checkbox"/> Gehstrecke: >200 Meter <input type="checkbox"/> < 200 Meter <input type="checkbox"/> |
| Chronisch venöse Insuffizienz | <input type="checkbox"/> |
| Polyneuropathie | <input type="checkbox"/> |
| Rheuma | <input type="checkbox"/> |
| Adipositas | <input type="checkbox"/> |
| Niereninsuffizienz | <input type="checkbox"/> |
| Sonstige: | _____ |

[5] Wie viel kg wiegt die/der Betroffene?

_____ (kg)

Keine Angabe

ID

Anhang

[6] Wie groß ist die/der Betroffene?

_____ (Körpergröße in cm)

Keine Angabe

[7] Beschreiben Sie bitte die Wundgröße der/des Betroffenen?

Länge (cm) _____ Keine Angabe

Breite (cm) _____ Keine Angabe

Tiefe (cm/ml) _____ Keine Angabe

[8] Haben sich Taschen in der Wunde gebildet?

Ja Nein Keine Angabe

[9] Beschreiben Sie bitte die Wundumgebung (*Mehrfachantworten möglich*):

Intakt Kratzspuren

Trocken/schuppig Mazeration

Pergament-/Altershaut Ödeme

Rötung Keine Angabe

[10] Beschreiben Sie bitte die Wundexsudation (*Mehrfachantworten möglich*):

Keine Blutig

Wenig Trüb

Mittel Serös

Viel Keine Angabe

[11] Äußert die/der Betroffene Wundscherzen?

Ja Nein

Wenn ja,

während des Verbandwechsel

kontinuierlich

Keine Angabe

[12] Wurden Analgetika bei Bedarf durch den Hausarzt verordnet?

Ja Nein Keine Angabe

[13] Beschreiben Sie bitte den Wundgrund:

Nekrose, trocken Epithelinseln

Nekrose, feucht Hämatome

Granulation, rot Muskulatur

Granulation, blass Sehne

Granulation, ödematos Knochen

Keine Angaben

Anhang

[14] Wie lange dauert im Durchschnitt ein Verbandwechsel bei der/dem Betroffenen?
(Angabe bitte in Minuten)

Keine Angabe

[15] Wie häufig wird ein Verbandwechsel durchgeführt?

Mehrmals täglich Täglich

Wöchentlich Sonstiges: _____

Keine Angabe

[16] In welchem Intervall wird die Wunddokumentation durchgeführt?

Täglich Wöchentlich

Monatlich Sonstiges: _____

Keine Angabe

[17] Wie dokumentieren Sie den Wundverlauf? (Mehrachantwort möglich)

Papiergestützt Computergestützt Keine Angabe

[18] Existiert eine Fotodokumentation?

Ja Nein Keine Angabe

Wenn ja, in welchem Intervall wird die Fotodokumentation durchgeführt?

Täglich Wöchentlich

Monatlich Sonstiges: _____

Keine Angabe

[19] Weist die/der Betroffene Infektionszeichen auf?

Ja Nein Keine Angabe

Wenn ja, welche?

Rötung

Überwärmung

Schmerz

Schwellung

Funktionsbeeinträchtigung

[20] Wurde ein Wundabstrich durchgeführt?

Ja Nein Keine Angabe

Wenn ja,

wann wurde der Abstrich durchgeführt?

_____. _____. _____. (Datum) nicht bekannt

Auf welche pathogenen Keime wurde untersucht?

Anhang

[21] Mit welchen Maßnahmen/Produkten wird die Wunde momentan therapiert?

(*Mehrfachantworten möglich*)

Lokale Wundtherapeutika

▪ Spülösung:

NaCl 0,9%

Ringer-Lösung

▪ Antiseptika

Polyvidon (PVP)-Iod (*Betaisodona, Braunol, Repithel*)

Octenidin (*Ocentisept, Octenilin*)

Polihexanid (*Lavasorb, Lavanid, Serasept, Prontosan, Urgasan, Hansaplast Wundspray*)

Farbstoffe (*Kristallviolett, Rivanol, Brillantgrün, Merbromin*)

Zucker und Honig

▪ Wundreinigung

Mechanisches Débridement (*Ligasano Wundputzer, UrgoClean*)

Chirurgisches Débridement (*mittels Pinzette, Skalpell, Ringkürette, Wasserstrahldruck oder Shaver durch Arzt*)

Enzymatisches Débridement (*Enzympräparat Iroxol N, Varidase N*)

Biochirurgisches Débridement (*Sterile Fliegenmaden (*Lucilia sericata*)*)

Ultraschall-Débridement (*Ultraschallassistierte Wundreinigung*)

Wunddusche mit Filter

Wunddusche ohne Filter

Wundaflagen

Trockene Kompressen

Feuchte Kompressen (*NaCl 0,9° getränkt*)

Alginat/Hydrofaser (*AlgiSite, Trionic, Sorbalgon, Kaltostat, Aquacel, Silvercel, Sorbsan*)

Hydrogel (*Nu-Gel, Hydrosorb, IntraSite, Purilon, Suprasorb, Hydrosorb*)

Schaumverband (*Mepilex, Biatain, Allevyn, Tielle, Contreet Ag, Permafoam*)

Hydrokolloid (*Comfeel plus, Algoplaque, Hydrocoll, Varihesive*)

Transparentfolie (*Askina Derm, Hydrofilm, OpSite flexigrid, Polyskin, Tegaderm*)

Silberhaltige Wundaflagen (*Acticoat Absorbent, Aquacel Ag, Atrauman Ag, Contreet-H/Schaumverband, Hansaplast med Silver, Urgotüll Sag*)

Vlieskompresso mit Superabsorber (*Sorbion sachet S, Vliawasorb, Zetuvit plus, DryMax*)

Wunddistanzgitter (*Mepitel One, DracoTüll Silikon, Duratouch, Sorbion plus*)

Vakuumtherapie (*Lokale Unterdrucktherapie (VAC)*)

Elastische Mullbinden

Elastische Langzugbinden

Keine Angabe

Sonstiges:

[22] Wird ein Wundrandschutz aufgetragen?

Ja

Nein

Keine Angabe

Wenn ja, welchen?

Hamstoff

Dexpanthenol

Transparenter Hautschutzfilm

Olivenöl

Sonstige: _____

Anhang

[23] Welche Störfaktoren der Wundheilung liegen bei der/dem Betroffenen vor?

- | | | | |
|---------------------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|
| Zigaretten | <input type="checkbox"/> | Alkohol/Drogen | <input type="checkbox"/> |
| Stress | <input type="checkbox"/> | Psyche | <input type="checkbox"/> |
| Trauma | <input type="checkbox"/> | Exsikkose | <input type="checkbox"/> |
| Geschwächter Immunstatus | <input type="checkbox"/> | Inadäquates Schuhwerk | <input type="checkbox"/> |
| Fehlendes Krankheitsverständnis | <input type="checkbox"/> | Ekzem/Hauterkrankung | <input type="checkbox"/> |
| Einschnürende Kleidung | <input type="checkbox"/> | Trockene Haut | <input type="checkbox"/> |
| Bewegungsmangel | <input type="checkbox"/> | Demenz | <input type="checkbox"/> |
| Sonstiges: | <hr/> | | |

[24] Wie mobil ist die/der Betroffene?

- selbstständig eingeschränkt mit Hilfe immobil
Keine Angabe

[25] Besteht eine vorausschauende Planung für die Wundtherapie mit dem verantwortlichen Hausarzt?

- Ja Nein Keine Angabe

[26] Welche Zusatzmaßnahmen wurden für die/den Betroffenen eingeleitet?

Antworten Sie bitte Feld A bei Dekubitus, Feld B bei Diabetischem Fußsyndrom und Feld C bei Ulcus cruris. Vielen Dank.

A) Bei Dekubitus:

- | | | | |
|------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| Weichlagerungsmatratze | <input type="checkbox"/> | Wechseldruckmatratze/Lagerungssystem | <input type="checkbox"/> |
| Mikrolagerungssystem | <input type="checkbox"/> | Bewegung-/Lagerungsplan (Intervall, Art, Mittel) | <input type="checkbox"/> |
| Sonstiges: | <hr/> | | |

B) Bei Diabetischem Fußsyndrom:

- | | | | |
|--------------------------------|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------|
| Unterarmgehstütze | <input type="checkbox"/> | Rollstuhl | <input type="checkbox"/> |
| Bettruhe | <input type="checkbox"/> | Diabetes adaptierter Schuh | <input type="checkbox"/> |
| Maßschuh | <input type="checkbox"/> | Verbandschuh | <input type="checkbox"/> |
| Orthetische Vakuumstützsysteme | <input type="checkbox"/> | Fußgerechter Konfektionsschuh | <input type="checkbox"/> |
| Interimschuh | <input type="checkbox"/> | Vollkontakt-Gips (Total Control Cast) | <input type="checkbox"/> |
| Absatzausgleich | <input type="checkbox"/> | Sonstiges: _____ | <hr/> |

Anhang

C) Bei Ulcus cruris

Strumpf (KKL)	<input type="checkbox"/>	Strumpfsystem	<input type="checkbox"/>
Mehrkomponentensystem	<input type="checkbox"/>	Kurzzugbinden	<input type="checkbox"/>
Wickelung nach (Größe und Technik): _____			
Polsterung mit:	Watte <input type="checkbox"/>	Schaumstoff <input type="checkbox"/>	Pelotten <input type="checkbox"/>
Venensport			<input type="checkbox"/>
Tägliche Fußübungen			<input type="checkbox"/>
Manuelle Lymphdrainage:	_____ (Woche)		
Flaches Schuhwerk			<input type="checkbox"/>
Hochlegen der Beine über Herzniveau			<input type="checkbox"/>
Kontrolliertes Gehtraining unter Kompressionstherapie			<input type="checkbox"/>
Tragen von nicht einschnürender Kleidung			<input type="checkbox"/>
Meiden von Temperaturen über 28°			<input type="checkbox"/>
Sonstiges:	_____		

[27] Welche Berufsgruppen sind an der momentanen Wundversorgung beteiligt?

Hausarzt	<input type="checkbox"/>	Apotheker	<input type="checkbox"/>
Pharmazeutisch technischer Assistent	<input type="checkbox"/>	Diabetologe	<input type="checkbox"/>
Chirurgisch technischer Assistent (CTA)	<input type="checkbox"/>	Diabetesberater	<input type="checkbox"/>
Chirurgisch operativer Assistent (COA)	<input type="checkbox"/>	Phlebologe	<input type="checkbox"/>
Medizinische Fachangestellte	<input type="checkbox"/>	Ernährungsberater	<input type="checkbox"/>
Physiotherapeut	<input type="checkbox"/>	Othopädiertechniker	<input type="checkbox"/>
Orthopädie-Schuhmacher	<input type="checkbox"/>	Bandagist	<input type="checkbox"/>
Podologen	<input type="checkbox"/>	Heilpraktiker	<input type="checkbox"/>
Sonstige:	_____		

[28] Ich bin

Altenpfleger/-in	<input type="checkbox"/>
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in (ehemals Kinderkrankenschwester)	<input type="checkbox"/>
Gesundheits- und Krankenpflegerin (ehemals Krankenschwester)	<input type="checkbox"/>

[29] Haben Sie eine Zusatzqualifikation in der Versorgung von Menschen mit (chronischen) Wunden?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

Seit wann? _____ (Jahreszahl)

Vielen Dank für Ihre Zeit und Ihr Engagement!

Bitte senden Sie uns die Einwilligungserklärung (1 Exemplar), das Blatt über die Einschlusskriterien sowie den Fragebogen Teil A und B mit dem beiliegenden Briefcouvert (Porto zahlt Empfänger) an das Zentrum Allgemeinmedizin zurück.

Anhang

II.II.V Ergebnisse der quantitativen Auswertung der Befragung von Betroffenen

Teil A Wundversorgung aus Sicht von Betroffenen

A 1. Allgemeine Informationen

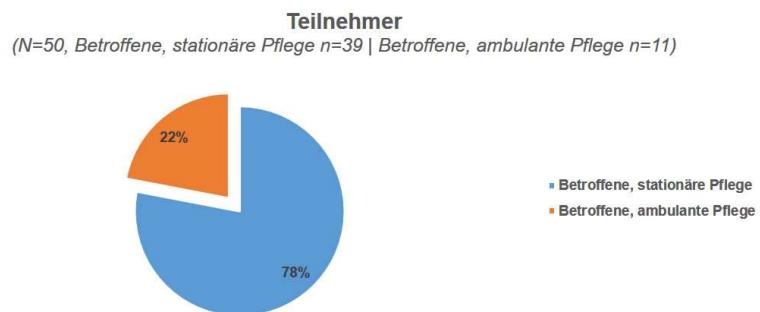


Abbildung 76: Setting der Teilnehmer (Betroffene)

A 4. Hausärztliche Wundversorgung

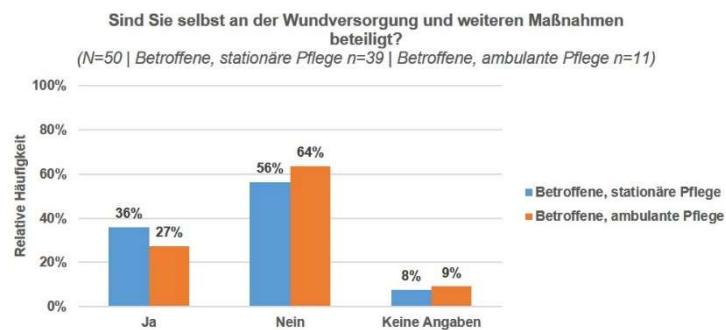


Abbildung 77: Mitbeteiligung am Versorgungsprozess des Hausarztes (Betroffene)

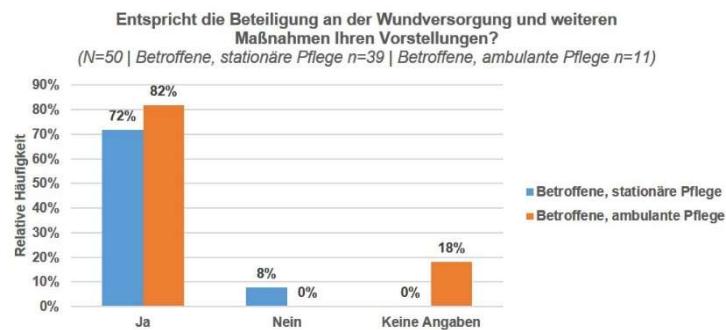


Abbildung 78: Vorstellung über Beteiligung am Versorgungsprozess des Hausarztes (Betroffene)

Anhang

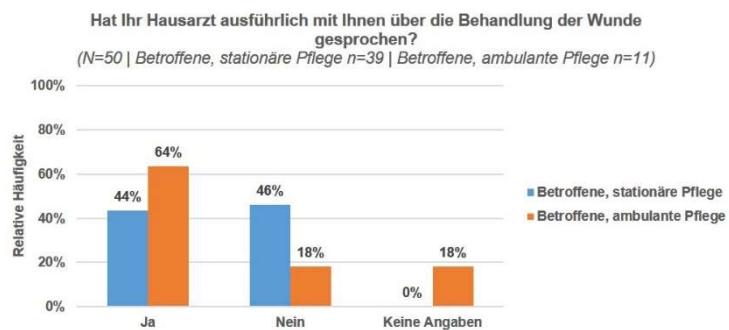


Abbildung 79: Information über Behandlung (Betroffene)

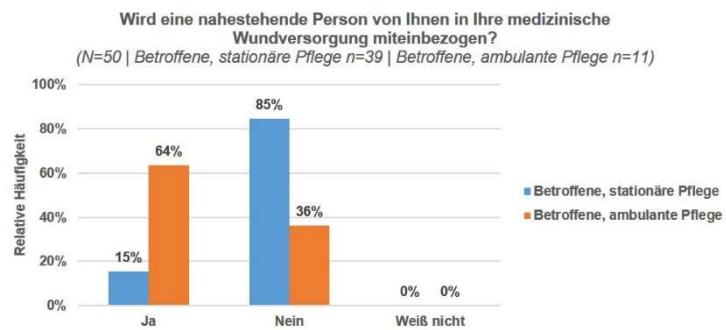


Abbildung 80: Einbezug von Angehörigen durch Hausarzt (Betroffene)

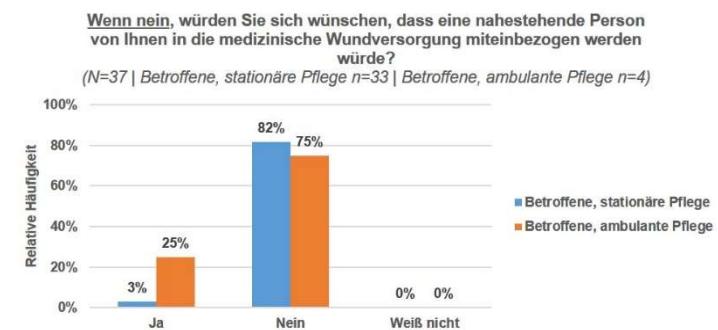


Abbildung 81: Wunsch nach Einbezug von Angehörigen seitens des Hausarztes (Betroffene)

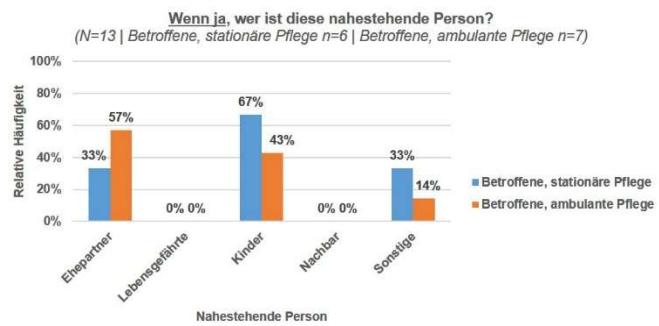


Abbildung 82: Einbeziehung einer nahestehenden Person durch den Hausarzt (Betroffene)

Anhang

A 5. Pflegerische Wundversorgung

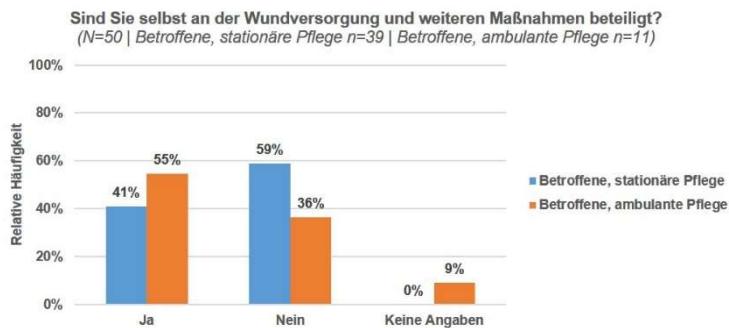


Abbildung 83: Mitbeteiligung am Versorgungsprozess der Pflegefachkraft (Betroffene)

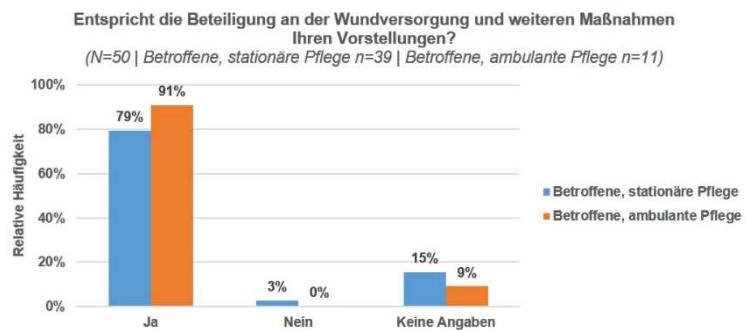


Abbildung 84: Vorstellung über Beteiligung am Versorgungsprozess der Pflegefachkraft (Betroffene)

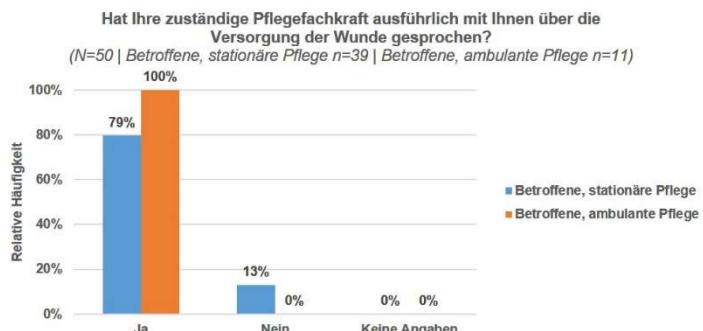


Abbildung 85: Information über pflegerische Wundversorgung (Betroffene)

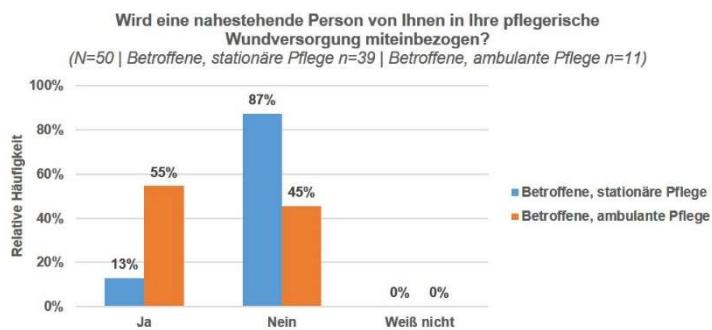


Abbildung 86: Einbezug von Angehörigen durch Pflegefachkraft (Betroffene)

Anhang



Abbildung 87: Wunsch nach Einbezug von Angehörigen seitens der Pflegefachkraft (Betroffene)

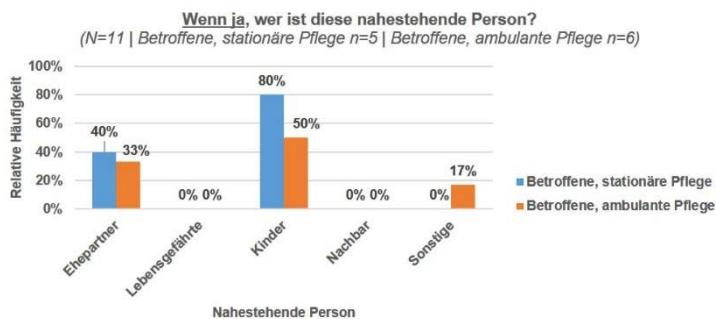


Abbildung 88: Einbeziehung einer nahestehenden Person durch die Pflegefachkraft (Betroffene)

A 6. Zur Person

Aktuelle Wohnsituation
Betroffene, ambulante Pflege (n=11)

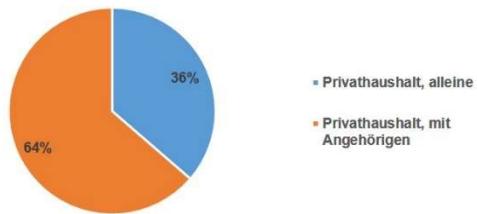


Abbildung 89: Wohnsituation (Betroffene)

Besuch der Hausarztpraxis im letzten Monat
(N=50 | Betroffene, stationäre Pflege n=39 | Betroffene, ambulante Pflege n=11)

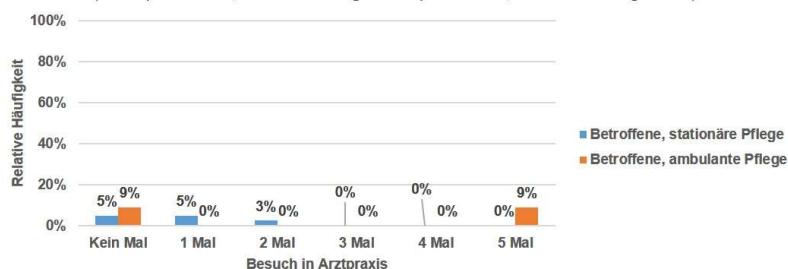


Abbildung 90: Praxisbesuch Hausarzt (Betroffene)

Anhang

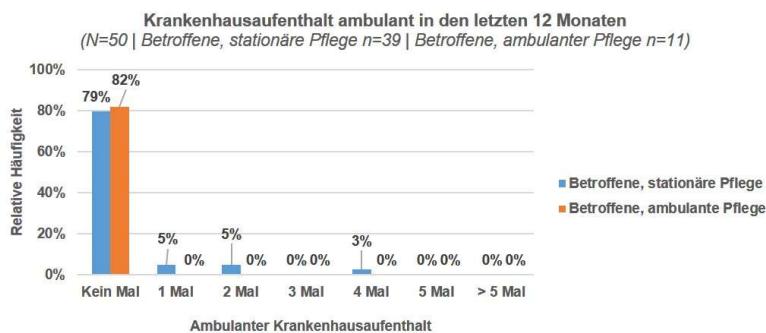


Abbildung 91: Krankenhausaufenthalt ambulant (Betroffene)

Teil B Wundversorgung aus Sicht der betreuenden Pflegefachkraft

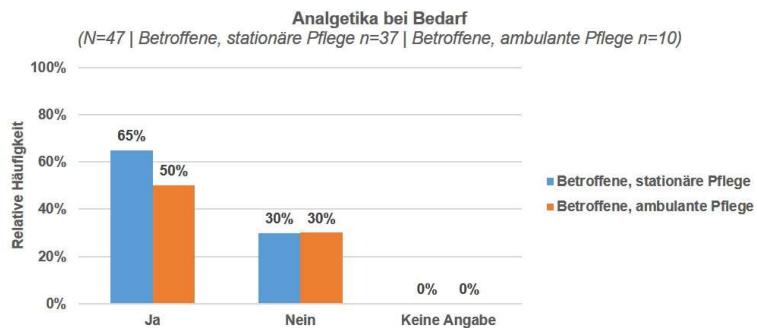


Abbildung 92: Bedarfsmedikation (Betroffene)

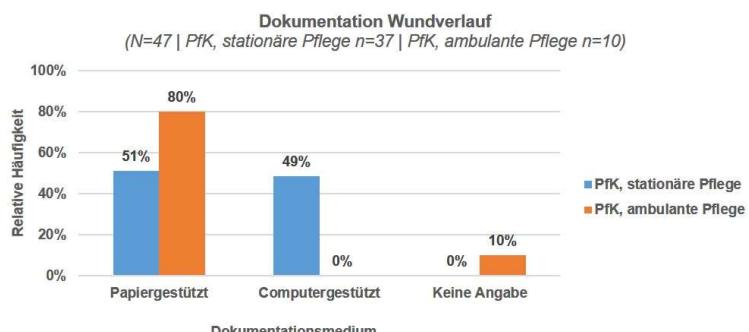


Abbildung 93: Dokumentationsmedium der PfK (Betroffene)

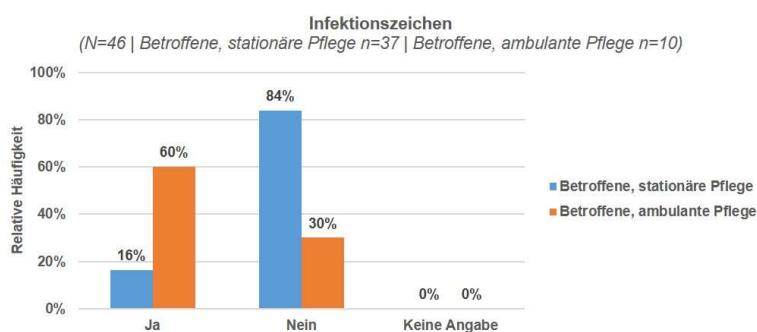


Abbildung 94: Infektionszeichen (Betroffene)

Anhang

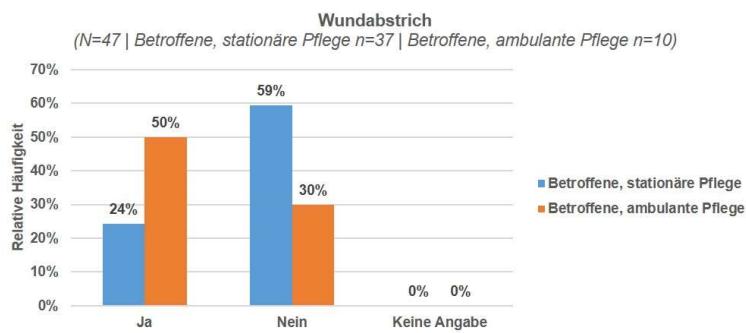


Abbildung 95: Wundabstrich (Betroffene)



Abbildung 96: Zeitraum Wundabstrich (Betroffene)



Abbildung 97: Wundrandschutz (Betroffene)

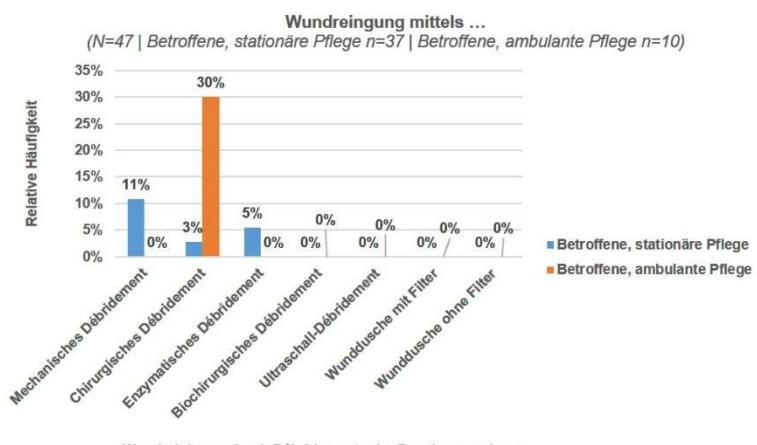


Abbildung 98: Wundreinigung (Betroffene)

Anhang

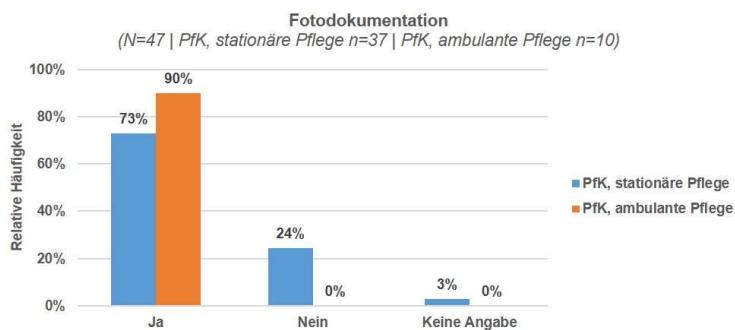


Abbildung 99. Fotodokumentation durch PfK (Betroffene)

Qualifikation der Pflegefachkraft (N=47)



Abbildung 100: Qualifikation der zuständigen PfK (Betroffene)

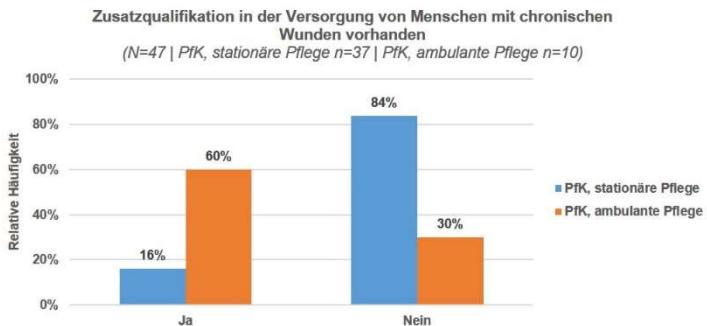


Abbildung 101: Zusatzqualifikation Wundversorgung PfK (Betroffene)

Anhang

Zusatzqualifikation in der Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden
(N=12 | PfK, stationäre Pflege n=6 | PfK, ambulante Pflege n=6)

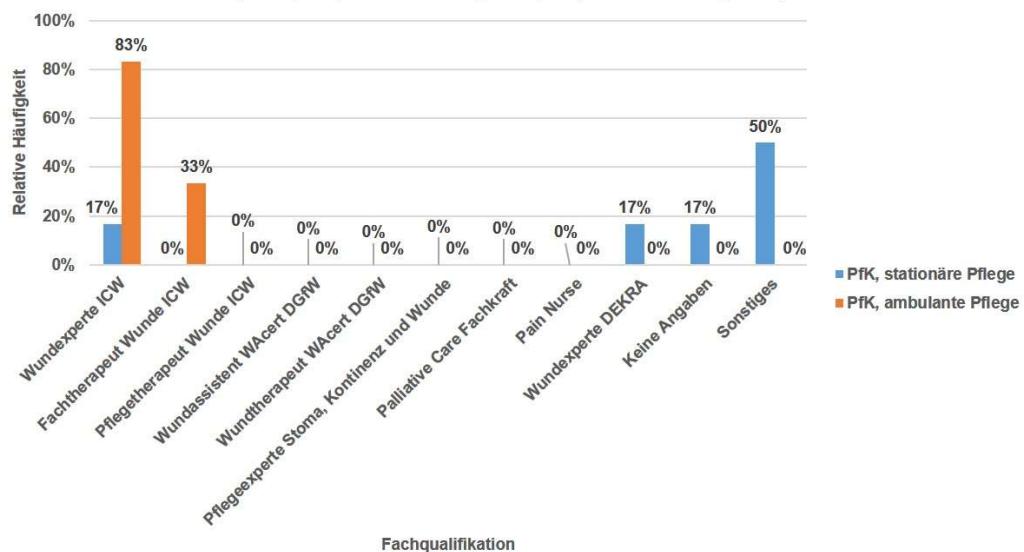


Abbildung 102: Fachqualifikation der zuständigen PfK (Betroffene)

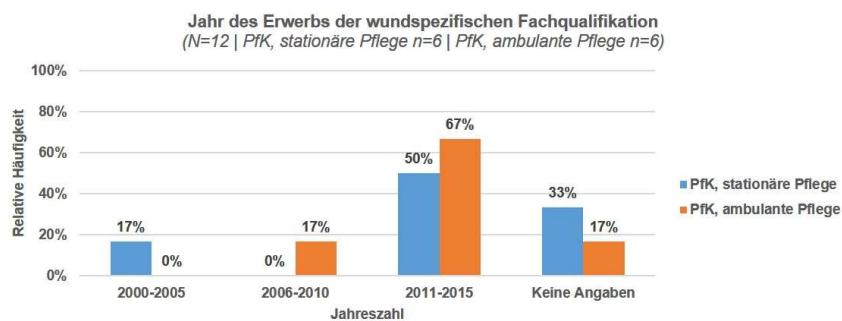


Abbildung 103: Jahresangabe des Erwerbs der Fachqualifikation der zuständigen PfK (Betroffene)

Anhang

II.II.VI Ergebnisse der qualitativen Auswertung der Befragung von Betroffenen

Patienten_ChroWuSaar

Liste der Codes	Memo	#
Codesystem		238
Vorhandene Zusatzqualifikation	"[...] KW Wundexpertin [...]" (ID: 04)	2
Weitere beteiligte Berufsgruppen	"[...] Schmerztherapie über KH eingeleitet am Beginn der Behandlung [...]" (ID: 03)	3
Wundmanager/-in	"[...] Wundmanagerin [...]" (ID: 02)	7
externe Wundmanager/-in	"[...] Wundmanagerin Firma Varitec [...]" (ID: 01)	5
interne Wundmanager/-in	"[...] Wundexperten der Einrichtung [...]" (ID: 01)	1
Pflegefachkraft mit Zusatzqualifikation Ernährung	"[...] Pflegefachkräfte teilweise mit Zusatzqualifikation zum Ernährungsbeauftragten im Pflegebereich [...]" (ID: 02)	1
Gefäßchirurg/-in	"[...] Gefäßchirurgie [...]" (ID: 03)	1
Chirurg/-in	"[...] Chirurg ausschließlich [...]" (ID: 02)	3
Dermatolog/-in	"[...] Dermatologe [...]" (ID: 03)	5
Zusatzmaßnahmen bei Ulcus cruris	UC: Sonstiges	0
Kompressionsverband mit Polsterung	"[...] BW hatte zur gegebenen Zeit einen Kompressionsverband mit Polsterung [...]" (ID: 01)	1
Ulcus cruris venosum. Wickelung nach ...	UC: Wickelung nach ...	0
Pütter	"[...] nach Pütter [...]" (ID: 08)	3
Zusatzmaßnahmen bei Menschen mit DFS	DFS: Sonstiges	0
Diabetes adaptierter Schuh	"[...] Orthopädischer Schuh [...]" (ID: 02)	1
Zusatzmaßnahmen bei Menschen mit Dekubitus	Dekubitus: Sonstiges "[...] Lagerung selbstständig [...]" (ID: 01)	1
Verbandschuhe	"[...] Verbandschuh mit Polsterung [...]" (ID: 01)	1
Weichlagerungsmatratze	"[...] Viskoelastische Schaumstoffmatratze [...]" (ID: 01)	1
Sonstige Störfaktoren der Wundheilung	"[...] Bewohner nimmt Verband selbst ab [...]" (ID: 03)	3
Fehlendes Krankheitsverständnis	"[...] Non compliance bei der Schuhwahl, Diabetikerschutzschuh wird oft nicht getragen [...]" (ID: 01)	3
Ernährung	"[...] Adipositas per magna [...]" (ID: 02) "[...] Kachexie [...]" (ID: 06)	4
Allergische Reaktionen	"[...] Automanipulation, Allergie auf Konservierungsstoffe [...]" (ID: 01)	1
Juckreiz	"[...] Zeitweise entfernte die Bewohnerin, wenn Schmerzen oder Juckreiz sie quälten, die Wundabdeckung [...]" (ID: 02)	1
Schmerzen	"[...] Zeitweise entfernte die Bewohnerin, wenn Schmerzen oder Juckreiz sie quälten, die Wundabdeckung [...]" (ID: 02)	1
Sonstiger Wundrandschutz	"[...] oder Hautlotion [...]" (ID: 03)	1
Lavendelöl	"[...] Lavendelöl [...]" (ID: 03)	1
Transparenter Hautschutzfilm	"[...] Cavillon Salbe [...]" (ID: 01)	1
Harnstoff	"[...] Körperlotion von Embos mit 10% Urea [...]" (ID: 02)	2

Désirée Schäfer

1/4

Anhang

Patienten „ChroWuSaar“

Liste der Codes	Memo	#
Sonstige Produkte/Maßnahmen in der Wundversorgung	"[...] Débridement hat im Krankenhaus stattgefunden. Leider ist nicht ersichtlich auf welche Weise [...]" (ID: 01)	4
Salben	"[...] Zinkoxydsalbe [...]" (ID: 04)	2
Spülösung	"[...] Actimaris-Lösung [...]" (ID: 01)	1
Schaumverband	"[...] Schaumverband - Couvidien wg. Zehenzwischenräumen und Phmb [...]" (ID: 02)	1
VAC-Pumpe	"[...] VAC-Pumpe bis Dezember 2015 [...]" (ID: 01)	1
Kompressionsverband	"[...] Kompressionsverband [...]" (ID: 08)	1
Saugkompressen	"[...] Saugkompressen [...]" (ID: 01)	2
Verbandfixierung	"[...] Fixomull-stretch [...]" (ID: 02)	3
Wundabstrich auf pathogene Keime	"[...] Wunde war vor Krankenhausaufenthalt mit einer Vielzahl von Keimen besiedelt (im Februar) [...]" (ID: 02)	4
Pilze	"[...] und Pilze [...]" (ID: 03)	1
Ergebnis nicht bekannt	"[...] Ein Befund wurde der Patientin und der Einrichtung nie mitgeteilt, daher unbekannt [...]" (ID: 04)	1
Bakterien		0
Proteus	"[...] Proteus mirabilis Enterobacter faecalis [...]" (ID: 01)	1
Pseudomonas	"[...] Pseudomonas aeruginosa [...]" (ID: 01)	1
Klebsiella	"[...] Klebsiella [...]" (ID: 03)	1
Streptococcus	"[...] Streptokokken (kein MRSA) [...]" (ID: 01)	2
Staphylococcus aureus	"[...] Staph. Aureus [...]" (ID: 03)	7
Intervall Fotodokumentation	"[...] alle 8 Wochen [...]" (ID: 03)	1
bei jedem Verbandwechsel	"[...] bei jedem VB-Wechsel [...]" (ID: 01)	1
alle 14 Tage	"[...] alle 14 Tage bis 3 Wochen [...]" (ID: 03)	5
bei Veränderungen	"[...] Bei Veränderung [...]" (ID: 08)	3
Intervall Wunddokumentation	"[...] regelmäßig durch Wundvisite [...]" (ID: 01)	1
bei Veränderungen	"[...] und bei akuten Veränderungen [...]" (ID: 01)	2
bei jedem Verbandwechsel	"[...] bei jedem VB-Wechsel [...]" (ID: 02)	14
Intervall Verbandwechsel	Wie häufig wird ein Verbandwechsel durchgeführt? Sonstiges	0
bei Bedarf	"[...] und bei Bedarf [...]" (ID: 03)	1
alle 5 Tage	"[...] alle 5 Tage [...]" (ID: 04)	1
alle 4 Tage	"[...] alle 4 Tage [...]" (ID: 03)	3
alle 3 Tage	"[...] nach AA alle 2-3 Tage [...]" (ID: 02)	11
alle 2 Tage	"[...] 3x wöchentlich [...]" (ID: 01)	7
Weitere therapierelevante Diagnosen	Welche therapierelevanten Diagnosen sind bekannt? Sonstige	3
MRSA	"[...] MRSA-Besiedlung [...]" (ID: 01)	1
COPD	"[...] COPD [...]" (ID: 01)	1

Désirée Schäfer

2/4

Anhang

Patienten „ChroWuSaar“

Liste der Codes	Memo	#
Morbus Pick	"[...] Morbus Pick [...]" (ID: 04)	1
Morbus Parkinson	"[...] Parkinson [...]" (ID: 03)	1
Immobilität	"[...] sitzt im Rollstuhl [...]" (ID: 01)	1
Leberzirrhose	"[...] Leberzirrhose [...]" (ID: 05)	1
Inkontinenz, nicht näher bezeichnet	"[...] Harninkontinenz [...]" (ID: 05)	2
Tetraplegie	"[...] Querschnittslähmung [...]" (ID: 01)	2
Hypertonie, nicht näher bezeichnet	"[...] arterielle Hypertonie [...]" (ID: 01)	4
KHK	"[...] Card. Dekompensation [...]" (ID: 04)	3
Sonstige Wunden	"[...] Wunde an der Ferse [...]" (ID: 05)	5
nicht bekannt	"[...] Nicht bekannt, Wunde wird auf Wunsch von Bewohnerin ausschließlich von Chirurg behandelt [...]" (ID: 02)	1
DFS	"[...] DFS Wagner IV Armstrong C; jetzt DFS II ohne Ischämie und Insuffizienz [...]" (ID: 01)	1
OP-Wunde	"[...] Z.n. Narbenhernie OP offene IPOM Bauchdeckenverschluss [...]" (ID: 03)	3
Verbrennung	"[...] Verbrühungswunde mit heißem Wasser Größe 20cmx6cm [...]" (ID: 04)	1
Abszess	"[...] Perianalabszess in linker Gesäßhälfte [...]" (ID: 05)	1
Herzensangelegenheiten	"[...] Wunde ist für mich nur Begleiterscheinung, der Ursprung ist mir wichtiger und für mich belastender [...]" (ID: 02)	1
Sorgen	"[...] Wechselt im Pflegedienst macht zusätzliche Sorge um die Wundversorgung [...]" (ID: 03)	1
Miteinbezogen werden	"[...] Werde seit 27 Monaten mit Naß-Therapie behandelt, ohne Erfolg. Warum versucht man nicht mal eine Trocken-Therapie? Obwohl ich schon mehrfach danach gefragt habe. Antwort: Heute muss die Wunde nass bleiben [...]" (ID: 02)	1
Keimfreiheit	"[...] Ich habe diesen MRSA-Keim an der Wunde [...]" (ID: 01)	1
Wundheilung	"[...] Wundheilung mit Erfolg [...]" (ID: 08)	2
Zusatzprodukte für Wundversorgung	"[...] Unterlagen, Handtücher, Waschlappen, Desinfektionsspray [...]" (ID: 01)	1
nicht bekannt	"[...] Kann Bewohner nicht sagen [...]" (ID: 02)	1
Wundabdeckung	"[...] Elastische Fixierbinden, Betaisodona Salbe, Pflaster zum Fixieren der Verbände unterschiedlicher Art [...]" (ID: 01)	8
Salben und Wundauflagen	"[...] Subrasorb A [...]" (ID: 03) "[...] Betaisodona [...]" (ID: 01)	20
Hautpflege	"[...] PH-5 Eucerin Urea 10% [...]" (ID: 01)	5
Spülösungen	"[...] Prontosan zum Reinigen der Wunde und sterile Kompressen [...]" (ID: 04)	14

Désirée Schäfer

3/4

Anhang

Patienten „ChroWuSaar“

Liste der Codes	Memo	#
Beteiligte Fachärzte und andere Berufsgruppen	Welche Ärzte haben Sie in den letzten 12 Monaten wegen Ihrer Wunde aufgesucht? Andere ...	1
Gefäßchirurg/-in	"[...] Gefäßchirurgie [...]" (ID: 02)	2
Neurolog/-in	"[...] Neuroambulanz [...]" (ID: 04)	1
Kardiolog/-in	"[...] Kardiologe [...]" (ID: 01)	1
externe Wundmanager/-in	"[...] Wundmanagerin Firma Varitec [...]" (ID: 01)	4
Podolog/-in	"[...] Podologen [...]" (ID: 01)	1
Einbezug nahestehender Personen seitens Pflege	PFK: Wenn ja, wer ist diese nahestehende Person? Sonstige ...	0
Schwiegertochter/Schwiegersohn	"[...] Schwiegertochter [...]" (ID: 03)	1
Einbezug nahestehender Person seitens Hausarzt	HA: Wenn ja, wer ist diese nahestehende Person? Sonstige ...	0
Pflegefachkraft	"[...] Bezugspflege (Schwester) [...]" (ID: 08)	1
Schwester/Bruder	"[...] Schwester [...]" (ID: 07)	1
Schwiegertochter/Schwiegersohn	"[...] Schwiegertochter [...]" (ID: 03)	1

Désirée Schäfer

4/4

Anhang

II.III Dokumente für Pflegefachkräfte ambulanter und stationärer Einrichtungen

II.III.I Anschreiben für Pflegefachkräfte ambulanter und stationärer Einrichtungen

Universität des Saarlandes, Zentrum Allgemeinmedizin
Gebäude 80.2, D-66421 Homburg

XXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXX

Désirée Schäfer (M.Sc.)
Zentrum Allgemeinmedizin der
Medizinischen Fakultät der Universität
des Saarlandes
Gebäude 80.2, D-66421 Homburg
Telefon 0 68 41 / 16 - 2 68 05
Fax 0 68 41 / 16 - 2 68 10
E-Mail Désirée.Schäfer@uks.eu
Web www.uks.eu/amuh
Datum 06. Februar 2016
AZ DS

Einladung zur Teilnahme an der Studie „Die Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden im Saarland“ (ChroWuSaar)

Sehr geehrte Kollegin,
sehr geehrter Kollege,

wir möchten Sie einladen an einer Studie teilzunehmen, die im Rahmen einer Dissertationsarbeit über das Zentrum Allgemeinmedizin der Universität des Saarlandes durchgeführt wird.
Die Forschungsarbeit findet im Zeitraum Anfang Februar bis Ende April 2016 im Saarland statt und trägt den Titel:
„Die Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden im Saarland“.

Das Ziel der Forschungsarbeit ist, die Versorgungsstrukturen von Menschen mit chronischen Wunden in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen unter Betreuung ihres Hausarztes zu untersuchen. Befragt werden saarlandweit Patienten ambulanter und Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen mit einer chronischen Wunde, Pflegefachkräfte und Pflegedienstleistungen/ Geschäftsführungen aus ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen sowie Hausärzte. Die Ethik-Kommission der Ärztekammer des Saarlandes hat in einem Schreiben vom 19. Januar 2016 keine Bedenken bezüglich der Studie ausgesprochen.
Der onlinebasierte Fragebogen besteht aus folgenden Fragengruppen:

- Einschätzung von wund- und therapiebedingten Einschränkungen
- Kommunikation zwischen Pflege und Hausarzt
- Schulungs- und Fortbildungsbedarf im Bereich Wundversorgung

Die Dauer zum Ausfüllen des Fragebogens beträgt circa 20 Minuten. Wenn Sie Fragen haben rufen Sie bitte unter den angegebenen Telefonnummern an oder schreiben uns.

Die Teilnahme ist freiwillig.

Die Ergebnisse der Studie werden in anonymisierter Form im Jahr 2017 präsentiert. Eine Einladung wird zeitnah an alle teilnehmenden ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen gesendet.
Vielen Dank.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr

Johannes Jäger

Ihre

Désirée Schäfer

Ihre Zugangsdaten zum
onlinebasierten
Fragebogen:

Hyperlink:
XXXXXXXXXXXX

Persönliches Passwort:
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Wenn Fehler im System
auftreten sollten, bitten wir
Sie uns umgehend darüber
zu informieren.

Falls Sie keinen
Internetzugang haben rufen
Sie uns an, wir werden
Ihnen gerne den
Fragebogen in Papierform
postalisch zusenden.

Ihre direkte
Ansprechpartnerin ist:
Désirée Schäfer

Anhang

II.III.II Fragebogen für Pflegefachkräfte ambulanter und stationärer Einrichtungen



Liebe Kollegin, lieber Kollege,

wir möchten Sie herzlich einladen an einer Studie teilzunehmen, die über das Zentrum Allgemeinmedizin der Universität des Saarlandes durchgeführt wird. Sie trägt den Titel:

"Die Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden im Saarland" (ChroWuSaar)

Das Ziel der Forschungsarbeit ist, die Versorgungsstrukturen von Menschen mit chronischen Wunden in saarländischen ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen zu untersuchen, die Kommunikation zwischen Pflege und Hausarzt zu betrachten sowie Ihren Schulungs- und Fortbildungsbedarf im Bereich Wundversorgung zu erheben. Die Fragebogenerhebung findet im Zeitraum von Anfang Februar 2016 bis Ende April 2016 im Saarland statt.

Die Teilnahme ist freiwillig.

Gerne können Sie sich an der Studie beteiligen und die Entwicklung im saarländischen Pflege- und Gesundheitswesen mitgestalten.

Herzlichen Dank!

Ihre Désirée Schäfer, Ihre Susanne Grundke und Ihr Johannes Jäger

Bei Rückfragen oder Anmerkungen wenden Sie sich bitte an

Désirée Schäfer: Zentrum Allgemeinmedizin der Medizinischen Fakultät Universität des Saarlandes Gebäude 80.2 66421 Homburg/Saar Telefon: 06841/1626805 E-Mail:
Desiree.Schaefer@uks.eu

Kurzinformation: Bei dieser Studie handelt es sich um eine Dissertationsarbeit. Diese wird betreut durch Herrn Professor Dr. med. Johannes Jäger | Universität des Saarlandes | E-Mail: Johannes.Jaeger@uks.eu | Telefon: 06841/ 1626800 und Frau Professorin Dr. phil. Susanne Grundke | Hochschule für Technik und Wirtschaft des Saarlandes | E-Mail: susanne.grundke@htwsaar.de | Telefon: 0681/ 5867751



Teil A: Einschätzung von wund- und therapiebedingten Einschränkungen

Jede chronische Wunde und deren Therapie beeinträchtigt das soziale Leben des Patienten/Bewohners als auch dessen Angehörige. Uns interessiert, zu welchen Aspekten der Versorgung Sie Patienten/Bewohner mit chronischen Wunden und ggf. deren Angehörige informieren, anleiten und/oder beraten und sie in den gesundheitsbezogenen Selbstmanagementkompetenzen stärken.

- A1. Zu welchen Inhalten informieren, anleiten und/oder beraten Sie in der Regel Patienten/Bewohner mit chronischen Wunden und ggf. deren Angehörige?

Zu Ursachen der Wunde ...

informieren: Vermittlung von Faktenwissen mit dem Ziel, Transparenz zu schaffen, um Sicherheit im Handeln zu erreichen und Möglichkeiten zur Mitentscheidung zu geben; anleiten: Wissenvermittlung mit dem Ziel, dieses Wissen im Folgenden anwenden zu können; beraten: Unterstützung bei der Suche nach Lösungsmöglichkeiten und/oder Entscheidungshilfe bei der Bewältigung neuer bzw. schwieriger Lebenssituationen zu geben; Aktivierung der Eigenverantwortlichkeit und Kompetenz des Betroffenen.

Patient/Bewohner informieren

Patient/Bewohner anleiten

Patient/Bewohner beraten

Angehörige informieren

Angehörige anleiten

Angehörige beraten

betrifft mich nicht

keine Angabe

Anhang



- A2. Zu welchen Inhalten informieren, anleiten und/oder beraten Sie in der Regel Patienten/Bewohner mit chronischen Wunden und ggf. deren Angehörige?

Zur Heilung der Wunde und Vorstellungen zur Wundheilungszeit ...

Informieren: Vermittlung von Faktenwissen mit dem Ziel, Transparenz zu schaffen, um Sicherheit im Handeln zu erreichen und Möglichkeiten zur Entscheidung zu geben. anleiten: Wissenvermittlung mit dem Ziel, dieses Wissen im Folgenden anwenden zu können. beraten: Unterstützung bei der Suche nach Lösungsmöglichkeiten und/oder Entscheidungshilfe bei der Bewältigung neuer bzw. schwieriger Lebenssituationen zu geben. Aktivierung der Eigenverantwortlichkeit und Kompetenz des Betroffenen.

- Patient/Bewohner informieren
- Patient/Bewohner anleiten
- Patient/Bewohner beraten
- Angehörige informieren
- Angehörige anleiten
- Angehörige beraten
- betrifft mich nicht
- keine Angabe

- A3. Zu welchen Inhalten informieren, anleiten und/oder beraten Sie in der Regel Patienten/Bewohner mit chronischen Wunden und ggf. deren Angehörige?

Zu Symptomen (z. B. Geruch, Exsudat, Juckreiz) ...

Informieren: Vermittlung von Faktenwissen mit dem Ziel, Transparenz zu schaffen, um Sicherheit im Handeln zu erreichen und Möglichkeiten zur Entscheidung zu geben. anleiten: Wissenvermittlung mit dem Ziel, dieses Wissen im Folgenden anwenden zu können. beraten: Unterstützung bei der Suche nach Lösungsmöglichkeiten und/oder Entscheidungshilfe bei der Bewältigung neuer bzw. schwieriger Lebenssituationen zu geben. Aktivierung der Eigenverantwortlichkeit und Kompetenz des Betroffenen.

- Patient/Bewohner informieren
- Patient/Bewohner anleiten
- Patient/Bewohner beraten
- Angehörige informieren

Anhang



- | | |
|---------------------|--------------------------|
| Angehörige anleiten | <input type="checkbox"/> |
| Angehörige beraten | <input type="checkbox"/> |
| betrifft mich nicht | <input type="checkbox"/> |
| keine Angabe | <input type="checkbox"/> |

- A4. Zu welchen Inhalten informieren, anleiten und/oder beraten Sie in der Regel Patienten/Bewohner mit chronischen Wunden und ggf. deren Angehörige?

Zur Bedeutung spezieller Maßnahmen (z. B. Druckentlastung, Bewegung, Kompression) ...

informieren Vermittlung von Faktenwissen mit dem Ziel, Transparenz zu schaffen, um Sicherheit im Handeln zu erreichen und Möglichkeiten zur Mittentscheidung zu geben, anleiten Wissenvermittlung mit dem Ziel, dieses Wissen im Folgenden anwenden zu können, beraten Unterstützung bei der Suche nach Lösungsmöglichkeiten und/oder Entscheidungshilfe bei der Bewältigung neuer bzw. schwieriger Lebenssituationen zu geben, Aktivierung der Eigenverantwortlichkeit und Kompetenz der Betroffenen.

- | | |
|------------------------------|--------------------------|
| Patient/Bewohner informieren | <input type="checkbox"/> |
| Patient/Bewohner anleiten | <input type="checkbox"/> |
| Patient/Bewohner beraten | <input type="checkbox"/> |
| Angehörige informieren | <input type="checkbox"/> |
| Angehörige anleiten | <input type="checkbox"/> |
| Angehörige beraten | <input type="checkbox"/> |
| betrifft mich nicht | <input type="checkbox"/> |
| keine Angabe | <input type="checkbox"/> |

Anhang



- A5. Zu welchen Inhalten informieren, anleiten und/oder beraten Sie in der Regel Patienten/Bewohner mit chronischen Wunden und ggf. deren Angehörige?

Zu Mobilitäts- und Aktivitätseinschränkungen ...

Informieren Vermittlung von Faktenwissen mit dem Ziel, Transparenz zu schaffen, um Sicherheit im Handeln zu erreichen und Möglichkeiten zur Entscheidung zu geben, anleiten Wissenvermittlung mit dem Ziel, dieses Wissen im Folgenden anwenden zu können, beraten Unterstützung bei der Suche nach Lösungsmöglichkeiten und/oder Entscheidungshilfe bei der Bewältigung neuer bzw. schwieriger Lebenssituationen zu geben. Aktivierung der Eigenverantwortlichkeit und Kompetenz des Betroffenen.

- Patient/Bewohner informieren
Patient/Bewohner anleiten
Patient/Bewohner beraten
Angehörige informieren
Angehörige anleiten
Angehörige beraten
betrifft mich nicht
keine Angabe

- A6. Zu welchen Inhalten informieren, anleiten und/oder beraten Sie in der Regel Patienten/Bewohner mit chronischen Wunden und ggf. deren Angehörige?

Zu Schmerzen (Starke, Qualität, Häufigkeit/Dauer, Lokalisation, Erfahrungen und Maßnahmen zu Verbesserung) ...

Informieren Vermittlung von Faktenwissen mit dem Ziel, Transparenz zu schaffen, um Sicherheit im Handeln zu erreichen und Möglichkeiten zur Entscheidung zu geben, anleiten Wissenvermittlung mit dem Ziel, dieses Wissen im Folgenden anwenden zu können, beraten Unterstützung bei der Suche nach Lösungsmöglichkeiten und/oder Entscheidungshilfe bei der Bewältigung neuer bzw. schwieriger Lebenssituationen zu geben. Aktivierung der Eigenverantwortlichkeit und Kompetenz des Betroffenen.

- Patient/Bewohner informieren
Patient/Bewohner anleiten
Patient/Bewohner beraten

Anhang



- | | |
|------------------------|--------------------------|
| Angehörige informieren | <input type="checkbox"/> |
| Angehörige anleiten | <input type="checkbox"/> |
| Angehörige beraten | <input type="checkbox"/> |
| betrifft mich nicht | <input type="checkbox"/> |
| keine Angabe | <input type="checkbox"/> |

- A7. Zu welchen Inhalten informieren, anleiten und/oder beraten Sie in der Regel Patienten/Bewohner mit chronischen Wunden und ggf. deren Angehörige?

Zu Abhängigkeit personeller Hilfe ...

informieren Vermittlung von Faktenwissen mit dem Ziel, Transparency zu schaffen, um Sicherheit im Handeln zu erreichen und Möglichkeiten zur Allentwickelung zu geben; anleiten Wissenvermittlung mit dem Ziel, dieses Wissen im Folgenden anwenden zu können; beraten Unterstützung bei der Suche nach Lösungsmöglichkeiten und/oder Entscheidungshilfe bei der Bewältigung neuer bzw. schwieriger Lebenssituationen zu geben; Aktivierung der Eigenverantwortlichkeit und Kompetenz des Betroffenen.

- | | |
|------------------------------|--------------------------|
| Patient/Bewohner informieren | <input type="checkbox"/> |
| Patient/Bewohner anleiten | <input type="checkbox"/> |
| Patient/Bewohner beraten | <input type="checkbox"/> |
| Angehörige informieren | <input type="checkbox"/> |
| Angehörige anleiten | <input type="checkbox"/> |
| Angehörige beraten | <input type="checkbox"/> |
| betrifft mich nicht | <input type="checkbox"/> |
| keine Angabe | <input type="checkbox"/> |

Anhang



- A8. Zu welchen Inhalten informieren, anleiten und/oder beraten Sie in der Regel Patienten/Bewohner mit chronischen Wunden und ggf. deren Angehörige?

Zu Schlafstörungen ...

Informieren: Vermittlung von Faktenwissen mit dem Ziel, Transparenz zu schaffen, um Sicherheit im Handeln zu erreichen und Möglichkeiten zur Entscheidung zu geben. anleiten: Wissenvermittlung mit dem Ziel, dieses Wissen im Folgenden anwenden zu können. beraten: Unterstützung bei der Suche nach Lösungsmöglichkeiten und/oder Entscheidungshilfe bei der Bewältigung neuer bzw. schwieriger Lebenssituationen zu geben. Aktivierung der Eigenverantwortlichkeit und Kompetenz des Betroffenen.

- Patient/Bewohner informieren
- Patient/Bewohner anleiten
- Patient/Bewohner beraten
- Angehörige informieren
- Angehörige anleiten
- Angehörige beraten
- betrifft mich nicht
- keine Angabe

- A9. Zu welchen Inhalten informieren, anleiten und/oder beraten Sie in der Regel Patienten/Bewohner mit chronischen Wunden und ggf. deren Angehörige?

Zu Jucken und Schwellungen der Beine ...

Informieren: Vermittlung von Faktenwissen mit dem Ziel, Transparenz zu schaffen, um Sicherheit im Handeln zu erreichen und Möglichkeiten zur Entscheidung zu geben. anleiten: Wissenvermittlung mit dem Ziel, dieses Wissen im Folgenden anwenden zu können. beraten: Unterstützung bei der Suche nach Lösungsmöglichkeiten und/oder Entscheidungshilfe bei der Bewältigung neuer bzw. schwieriger Lebenssituationen zu geben. Aktivierung der Eigenverantwortlichkeit und Kompetenz des Betroffenen.

- Patient/Bewohner informieren
- Patient/Bewohner anleiten
- Patient/Bewohner beraten
- Angehörige informieren

Anhang



- | | |
|---------------------|--------------------------|
| Angehörige anleiten | <input type="checkbox"/> |
| Angehörige beraten | <input type="checkbox"/> |
| betrifft mich nicht | <input type="checkbox"/> |
| keine Angabe | <input type="checkbox"/> |

- A10. Zu welchen Inhalten informieren, anleiten und/oder beraten Sie in der Regel Patienten/Bewohner mit chronischen Wunden und ggf. deren Angehörige?

Zu Schwierigkeiten bei Kleidungs- und Schuhwahl ...

informieren Vermittlung von Faktorenwissen mit dem Ziel, Transparenz zu schaffen, um Sicherheit im Handeln zu erreichen und Möglichkeiten zur Mittentscheidung zu geben. anleiten Wissenvermittlung mit dem Ziel, dieses Wissen im Folgenden anwenden zu können. beraten Unterstützung bei der Suche nach Lösungsmöglichkeiten und/oder Entscheidungshilfe bei der Bewältigung neuer bzw. schwieriger Lebenssituationen zu geben. Aktivierung der Eigenverantwortlichkeit und Kompetenz des Betroffenen.

- | | |
|------------------------------|--------------------------|
| Patient/Bewohner informieren | <input type="checkbox"/> |
| Patient/Bewohner anleiten | <input type="checkbox"/> |
| Patient/Bewohner beraten | <input type="checkbox"/> |
| Angehörige informieren | <input type="checkbox"/> |
| Angehörige anleiten | <input type="checkbox"/> |
| Angehörige beraten | <input type="checkbox"/> |
| betrifft mich nicht | <input type="checkbox"/> |
| keine Angabe | <input type="checkbox"/> |



- A11. Zu welchen Inhalten informieren, anleiten und/oder beraten Sie in der Regel Patienten/Bewohner mit chronischen Wunden und ggf. deren Angehörige?

Zu Schwierigkeiten zur Aufrechterhaltung der persönlichen Hygiene

...

Informieren Vermittlung von Faktenwissen mit dem Ziel, Transparenz zu schaffen, um Sicherheit im Handeln zu erreichen und Möglichkeiten zur Mittentscheidung zu geben, anleiten Wissenvermittlung mit dem Ziel, dieses Wissen im Folgenden anwenden zu können, beraten Unterstützung bei der Suche nach Lösungsmöglichkeiten und/oder Entscheidungshilfe bei der Bewältigung neuer bzw. schwieriger Lebenssituationen zu geben, Aktivierung der Eigenverantwortlichkeit und Kompetenz des Betroffenen.

Patient/Bewohner informieren

Patient/Bewohner anleiten

Patient/Bewohner beraten

Angehörige informieren

Angehörige anleiten

Angehörige beraten

betrifft mich nicht

keine Angabe

- A12. Zu welchen Inhalten informieren, anleiten und/oder beraten Sie in der Regel Patienten/Bewohner mit chronischen Wunden und ggf. deren Angehörige?

Zu psychosozialen Aspekten (z. B. soziale Isolation, Machtlosigkeit, Energiemangel, Sorgen, Frustration, Mangel an Selbstwertgefühl, Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Trauer, Depression, Gefühl des Kontrollverlustes) ...

Informieren Vermittlung von Faktenwissen mit dem Ziel, Transparenz zu schaffen, um Sicherheit im Handeln zu erreichen und Möglichkeiten zur Mittentscheidung zu geben, anleiten Wissenvermittlung mit dem Ziel, dieses Wissen im Folgenden anwenden zu können, beraten Unterstützung bei der Suche nach Lösungsmöglichkeiten und/oder Entscheidungshilfe bei der Bewältigung neuer bzw. schwieriger Lebenssituationen zu geben, Aktivierung der Eigenverantwortlichkeit und Kompetenz des Betroffenen.

Patient/Bewohner informieren

Anhang



- | | |
|---------------------------|--------------------------|
| Patient/Bewohner anleiten | <input type="checkbox"/> |
| Patient/Bewohner beraten | <input type="checkbox"/> |
| Angehörige informieren | <input type="checkbox"/> |
| Angehörige anleiten | <input type="checkbox"/> |
| Angehörige beraten | <input type="checkbox"/> |
| betrifft mich nicht | <input type="checkbox"/> |
| keine Angabe | <input type="checkbox"/> |

- A13. Zu welchen Inhalten informieren, anleiten und/oder beraten Sie in der Regel Patienten/Bewohner mit chronischen Wunden und ggf. deren Angehörige?

Zum Umgang mit wund- und therapiebedingten Einschränkungen
(z.B. Mobilitäts- und Aktivitätseinschränkungen, Schmerzen,
Schlafstörungen, Juckreiz) ...

Informieren: Vermittlung von Faktenwissen mit dem Ziel, Transparenz zu schaffen, um Sicherheit im Handeln zu erreichen und Möglichkeiten zur Altenentscheidung zu geben. anleiten: Wissenvermittlung mit dem Ziel, dieses Wissen im Folgenden anwenden zu können. beraten: Unterstützung bei der Suche nach Lösungsmöglichkeiten und/oder Entscheidungshilfe bei der Bewältigung neuer bzw. schwieriger Lebenssituationen zu geben. Aktivierung der Eigenverantwortlichkeit und Kompetenz des Betroffenen.

- | | |
|------------------------------|--------------------------|
| Patient/Bewohner informieren | <input type="checkbox"/> |
| Patient/Bewohner anleiten | <input type="checkbox"/> |
| Patient/Bewohner beraten | <input type="checkbox"/> |
| Angehörige informieren | <input type="checkbox"/> |
| Angehörige anleiten | <input type="checkbox"/> |
| Angehörige beraten | <input type="checkbox"/> |
| betrifft mich nicht | <input type="checkbox"/> |
| keine Angabe | <input type="checkbox"/> |

Anhang



- A14. Zu welchen Inhalten informieren, anleiten und/oder beraten Sie in der Regel Patienten/Bewohner mit chronischen Wunden und ggf. deren Angehörige?

Zu wundbezogenen Hilfsmitteln (z. B. Kompressionsstrümpfe, Orthesen, druckreduzierende Matratzen) ...

Informieren Vermittlung von Faktenwissen mit dem Ziel, Transparenz zu schaffen, um Sicherheit im Handeln zu erreichen und Möglichkeiten zur Mittentscheidung zu geben, anleiten Wissenvermittlung mit dem Ziel, dieses Wissen im Folgenden anwenden zu können, beraten Unterstützung bei der Suche nach Lösungsmöglichkeiten und/oder Entscheidungshilfe bei der Bewältigung neuer bzw. schwieriger Lebenssituationen zu geben, Aktivierung der Eigenverantwortlichkeit und Kompetenz des Betroffenen.

Patient/Bewohner informieren

Patient/Bewohner anleiten

Patient/Bewohner beraten

Angehörige informieren

Angehörige anleiten

Angehörige beraten

betrifft mich nicht

keine Angabe

- A15. Zu welchen Inhalten informieren, anleiten und/oder beraten Sie in der Regel Patienten/Bewohner mit chronischen Wunden und ggf. deren Angehörige?

Zur Wunde und Verbandwechsel (z. B. Wundgeruch, Schmerzen beim Verbandwechsel) ...

Informieren Vermittlung von Faktenwissen mit dem Ziel, Transparenz zu schaffen, um Sicherheit im Handeln zu erreichen und Möglichkeiten zur Mittentscheidung zu geben, anleiten Wissenvermittlung mit dem Ziel, dieses Wissen im Folgenden anwenden zu können, beraten Unterstützung bei der Suche nach Lösungsmöglichkeiten und/oder Entscheidungshilfe bei der Bewältigung neuer bzw. schwieriger Lebenssituationen zu geben, Aktivierung der Eigenverantwortlichkeit und Kompetenz des Betroffenen.

Patient/Bewohner informieren

Patient/Bewohner anleiten

Anhang



- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| Patient/Bewohner beraten | <input type="checkbox"/> |
| Angehörige informieren | <input type="checkbox"/> |
| Angehörige anleiten | <input type="checkbox"/> |
| Angehörige beraten | <input type="checkbox"/> |
| betrifft mich nicht | <input type="checkbox"/> |
| keine Angabe | <input type="checkbox"/> |

A16. Zu welchen Inhalten informieren, anleiten und/oder beraten Sie in der Regel Patienten/Bewohner mit chronischen Wunden und ggf. deren Angehörige?

Zum Erhalt von Alltagsaktivitäten (z. B. Einkaufen, Hobbys, Spazieren gehen) ...

informieren: Vermittlung von Faktenwissen mit dem Ziel, Transparency zu schaffen, um Sicherheit im Handeln zu erreichen und Möglichkeiten zur Mitentscheidung zu geben; anleiten: Wissenvermittlung mit dem Ziel, dieses Wissen im Folgenden anwenden zu können; beraten: Unterstützung bei der Suche nach Lösungsmöglichkeiten und/oder Entscheidungshilfe bei der Bewältigung neuer bzw. schwieriger Lebenssituationen zu geben; Aktivierung der Eigenverantwortlichkeit und Kompetenz des Betroffenen.

- | | |
|------------------------------|--------------------------|
| Patient/Bewohner informieren | <input type="checkbox"/> |
| Patient/Bewohner anleiten | <input type="checkbox"/> |
| Patient/Bewohner beraten | <input type="checkbox"/> |
| Angehörige informieren | <input type="checkbox"/> |
| Angehörige anleiten | <input type="checkbox"/> |
| Angehörige beraten | <input type="checkbox"/> |
| betrifft mich nicht | <input type="checkbox"/> |
| keine Angabe | <input type="checkbox"/> |

Anhang



- A17. Zu welchen Inhalten informieren, anleiten und/oder beraten Sie in der Regel Patienten/Bewohner mit chronischen Wunden und ggf. deren Angehörige?

Zu Kompression (z.B. Anziehen, Pflegen, Umgang mit kompressionsbedingten Beschwerden) ...

Informieren Vermittlung von Faktenwissen mit dem Ziel, Transparenz zu schaffen, um Sicherheit im Handeln zu erreichen und Möglichkeiten zur Allentscheidung zu geben, anleiten Wissenvermittlung mit dem Ziel, dieses Wissen im Folgenden anwenden zu können, beraten Unterstützung bei der Suche nach Lösungsmöglichkeiten und/oder Entscheidungshilfe bei der Bewältigung neuer bzw. schwieriger Lebenssituationen zu geben, Aktivierung der Eigenverantwortlichkeit und Kompetenz des Betroffenen.

Patient/Bewohner informieren

Patient/Bewohner anleiten

Patient/Bewohner beraten

Angehörige informieren

Angehörige anleiten

Angehörige beraten

betrifft mich nicht

keine Angabe

- A18. Zu welchen Inhalten informieren, anleiten und/oder beraten Sie in der Regel Patienten/Bewohner mit chronischen Wunden und ggf. deren Angehörige?

Zu Übungen, die das Sprunggelenk und die Muskelpumpe aktivieren ...

Informieren Vermittlung von Faktenwissen mit dem Ziel, Transparenz zu schaffen, um Sicherheit im Handeln zu erreichen und Möglichkeiten zur Allentscheidung zu geben, anleiten Wissenvermittlung mit dem Ziel, dieses Wissen im Folgenden anwenden zu können, beraten Unterstützung bei der Suche nach Lösungsmöglichkeiten und/oder Entscheidungshilfe bei der Bewältigung neuer bzw. schwieriger Lebenssituationen zu geben, Aktivierung der Eigenverantwortlichkeit und Kompetenz des Betroffenen.

Patient/Bewohner informieren

Patient/Bewohner anleiten

Patient/Bewohner beraten

Anhang



- | | |
|------------------------|--------------------------|
| Angehörige informieren | <input type="checkbox"/> |
| Angehörige anleiten | <input type="checkbox"/> |
| Angehörige beraten | <input type="checkbox"/> |
| betrifft mich nicht | <input type="checkbox"/> |
| keine Angabe | <input type="checkbox"/> |

- A19. Zu welchen Inhalten informieren, anleiten und/oder beraten Sie in der Regel Patienten/Bewohner mit chronischen Wunden und ggf. deren Angehörige?

Zu Hochlegen der Beine ...

informieren Vermittlung von Faktenwissen mit dem Ziel, Transparency zu schaffen, um Sicherheit im Handeln zu erreichen und Möglichkeiten zur Allentzichtung zu geben; anleiten Wissenvermittlung mit dem Ziel, dieses Wissen im Folgenden anwenden zu können; beraten Unterstützung bei der Suche nach Lösungsmöglichkeiten und/oder Entscheidungshilfe bei der Bewältigung neuer bzw. schwieriger Lebenssituationen zu geben; Aktivierung der Eigenverantwortlichkeit und Kompetenz des Betroffenen.

- | | |
|------------------------------|--------------------------|
| Patient/Bewohner informieren | <input type="checkbox"/> |
| Patient/Bewohner anleiten | <input type="checkbox"/> |
| Patient/Bewohner beraten | <input type="checkbox"/> |
| Angehörige informieren | <input type="checkbox"/> |
| Angehörige anleiten | <input type="checkbox"/> |
| Angehörige beraten | <input type="checkbox"/> |
| betrifft mich nicht | <input type="checkbox"/> |
| keine Angabe | <input type="checkbox"/> |

Anhang



- A20. Zu welchen Inhalten informieren, anleiten und/oder beraten Sie in der Regel Patienten/Bewohner mit chronischen Wunden und ggf. deren Angehörige?

Zu Fußpflege- und inspektion. Umgang mit Schuhen ...

Informieren Vermittlung von Faktenwissen mit dem Ziel, Transparenz zu schaffen, um Sicherheit im Handeln zu erreichen und Möglichkeiten zur Entscheidung zu geben, anleiten Wissenvermittlung mit dem Ziel, dieses Wissen im Folgenden anwenden zu können, beraten Unterstützung bei der Suche nach Lösungsmöglichkeiten und/oder Entscheidungshilfe bei der Bewältigung neuer bzw. schwieriger Lebenssituationen zu geben. Aktivierung der Eigenverantwortlichkeit und Kompetenz des Betroffenen.

- Patient/Bewohner informieren
Patient/Bewohner anleiten
Patient/Bewohner beraten
Angehörige informieren
Angehörige anleiten
Angehörige beraten
betrifft mich nicht
keine Angabe

- A21. Zu welchen Inhalten informieren, anleiten und/oder beraten Sie in der Regel Patienten/Bewohner mit chronischen Wunden und ggf. deren Angehörige?

Zu Druckentlastung der Wunde (Hilfsmittel wie Orthesen, Matratzen, Kissen oder Bewegungsorderung/Umlagerung) ...

Informieren Vermittlung von Faktenwissen mit dem Ziel, Transparenz zu schaffen, um Sicherheit im Handeln zu erreichen und Möglichkeiten zur Entscheidung zu geben, anleiten Wissenvermittlung mit dem Ziel, dieses Wissen im Folgenden anwenden zu können, beraten Unterstützung bei der Suche nach Lösungsmöglichkeiten und/oder Entscheidungshilfe bei der Bewältigung neuer bzw. schwieriger Lebenssituationen zu geben. Aktivierung der Eigenverantwortlichkeit und Kompetenz des Betroffenen.

- Patient/Bewohner informieren
Patient/Bewohner anleiten
Patient/Bewohner beraten

Anhang



- | | |
|------------------------|--------------------------|
| Angehörige informieren | <input type="checkbox"/> |
| Angehörige anleiten | <input type="checkbox"/> |
| Angehörige beraten | <input type="checkbox"/> |
| betrifft mich nicht | <input type="checkbox"/> |
| keine Angabe | <input type="checkbox"/> |

- A22. Zu welchen Inhalten informieren, anleiten und/oder beraten Sie in der Regel Patienten/Bewohner mit chronischen Wunden und ggf. deren Angehörige?

Zu Hautschutz und Hautpflege ...

informieren Vermittlung von Faktenwissen mit dem Ziel, Transparency zu schaffen, um Sicherheit im Handeln zu erreichen und Möglichkeiten zur Allentwickelung zu geben; anleiten Wissenvermittlung mit dem Ziel, dieses Wissen im Folgenden anwenden zu können; beraten Unterstützung bei der Suche nach Lösungsmöglichkeiten und/oder Entscheidungshilfe bei der Bewältigung neuer bzw. schwieriger Lebenssituationen zu geben; Aktivierung der Eigenverantwortlichkeit und Kompetenz des Betroffenen.

- | | |
|------------------------------|--------------------------|
| Patient/Bewohner informieren | <input type="checkbox"/> |
| Patient/Bewohner anleiten | <input type="checkbox"/> |
| Patient/Bewohner beraten | <input type="checkbox"/> |
| Angehörige informieren | <input type="checkbox"/> |
| Angehörige anleiten | <input type="checkbox"/> |
| Angehörige beraten | <input type="checkbox"/> |
| betrifft mich nicht | <input type="checkbox"/> |
| keine Angabe | <input type="checkbox"/> |

Anhang



- A23. Zu welchen Inhalten informieren, anleiten und/oder beraten Sie in der Regel Patienten/Bewohner mit chronischen Wunden und ggf. deren Angehörige?

Zu Ernährung und ggf. Gewichtsreduktion (z. B. Nahrungsbeschaffung, Ernährungsgewohnheiten) ...

Informieren Vermittlung von Faktenwissen mit dem Ziel, Transparenz zu schaffen, um Sicherheit im Handeln zu erreichen und Möglichkeiten zur Allentscheidung zu geben, anleiten Wissenvermittlung mit dem Ziel, dieses Wissen im Folgenden anwenden zu können, beraten Unterstützung bei der Suche nach Lösungsmöglichkeiten und/oder Entscheidungshilfe bei der Bewältigung neuer bzw. schwieriger Lebenssituationen zu geben, Aktivierung der Eigenverantwortlichkeit und Kompetenz des Betroffenen.

Patient/Bewohner informieren

Patient/Bewohner anleiten

Patient/Bewohner beraten

Angehörige informieren

Angehörige anleiten

Angehörige beraten

betrifft mich nicht

keine Angabe

- A24. Zu welchen Inhalten informieren, anleiten und/oder beraten Sie in der Regel Patienten/Bewohner mit chronischen Wunden und ggf. deren Angehörige?

Zu Blutzuckereinstellung ...

Informieren Vermittlung von Faktenwissen mit dem Ziel, Transparenz zu schaffen, um Sicherheit im Handeln zu erreichen und Möglichkeiten zur Allentscheidung zu geben, anleiten Wissenvermittlung mit dem Ziel, dieses Wissen im Folgenden anwenden zu können, beraten Unterstützung bei der Suche nach Lösungsmöglichkeiten und/oder Entscheidungshilfe bei der Bewältigung neuer bzw. schwieriger Lebenssituationen zu geben, Aktivierung der Eigenverantwortlichkeit und Kompetenz des Betroffenen.

Patient/Bewohner informieren

Patient/Bewohner anleiten

Patient/Bewohner beraten

Anhang



- | | |
|------------------------|--------------------------|
| Angehörige informieren | <input type="checkbox"/> |
| Angehörige anleiten | <input type="checkbox"/> |
| Angehörige beraten | <input type="checkbox"/> |
| betrifft mich nicht | <input type="checkbox"/> |
| keine Angabe | <input type="checkbox"/> |

- A25. Zu welchen Inhalten informieren, anleiten und/oder beraten Sie in der Regel Patienten/Bewohner mit chronischen Wunden und ggf. deren Angehörige?

Zu Raucherentwöhnung ...

informieren Vermittlung von Faktenwissen mit dem Ziel, Transparency zu schaffen, um Sicherheit im Handeln zu erreichen und Möglichkeiten zur Alltagschaffung zu geben; anleiten Wissenvermittlung mit dem Ziel, dieses Wissen im Folgenden anwenden zu können; beraten Unterstützung bei der Suche nach Lösungsmöglichkeiten und/oder Entscheidungshilfe bei der Bewältigung neuer bzw. schwieriger Lebenssituationen zu geben; Aktivierung der Eigenverantwortlichkeit und Kompetenz des Betroffenen.

- | | |
|------------------------------|--------------------------|
| Patient/Bewohner informieren | <input type="checkbox"/> |
| Patient/Bewohner anleiten | <input type="checkbox"/> |
| Patient/Bewohner beraten | <input type="checkbox"/> |
| Angehörige informieren | <input type="checkbox"/> |
| Angehörige anleiten | <input type="checkbox"/> |
| Angehörige beraten | <input type="checkbox"/> |
| betrifft mich nicht | <input type="checkbox"/> |
| keine Angabe | <input type="checkbox"/> |

Anhang



- A26. Liegt eine intra- und interprofessionell geltende Verfahrensregelung zur Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden in der Einrichtung vor?

Die Verfahrensregelung stellt sicher, dass eine pflegerische Fachexpertin zur Verfügung steht, erforderliche Materialien für Assessment und Dokumentation bereitzustellen.

Folgende Punkte sollten enthalten sein:

Klärung der berufsgruppeninternen und -übergreifenden Zusammenarbeit Zuständigkeit für die spezifische Diagnosestellung und Therapieentscheidung Art und Einsatz von Verbandmaterialien/Hilfsmitteln Zuständigkeiten für die Koordination des Versorgungsprozesses

Ja

Nein

- A27. Liegen zielgruppenspezifische Einschätzungsinstrumente in der Einrichtung vor?

Zielgruppenspezifische Einschätzungsinstrumente sind zum Beispiel:

Allgemeine Klassifikationen für die ärztliche Wunddiagnose Klassifikation Dekubitus Klassifikation der chronisch-wunden Insuffizienz Klassifikation der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit Klassifikation Diabetisches Fußsyndrom Fragebogen zur Erfassung der Lebensqualität

Ja

Nein

- A28. Stehen Ihnen Materialien für einen hygienischen Verbandwechsel zur Verfügung?

Dazu gehören zum Beispiel:

Desinfektionsmittel sterile Instrumente Schutzkleidung

Ja

Nein

- A29. Liegen erforderliche Materialien zur Beratung, Schulung und Anleitung in der Einrichtung vor?

Vorstandliches Material wie zum Beispiel:

Broschüren Literaturlisten Filme

Ja

Nein



Teil B: Kommunikation zwischen Pflege und Hausarzt

Mit den folgenden Fragen möchten wir erfahren, welche Instrumente Sie in Ihrer täglichen Arbeit verwenden, um ein allgemeines und wundspezifisches Assessment bei Patienten mit chronischen Wunden durchführen zu können.

- B1. Verwenden Sie folgende Klassifikationen, um allegemein ein Ulcus beschreiben zu können?

Schweregradeinteilung von Ulzera (Knighton et al. 1990)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Chirurgische Einteilung nach Daniel (Daniel et al. 1979)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
nicht bekannt <input type="checkbox"/> bekannt <input type="checkbox"/>	
Schweregradeinteilung von Ulzera (Knighton et al. 1990)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Chirurgische Einteilung nach Daniel (Daniel et al. 1979)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

- B2. Verwenden Sie eines der folgenden Klassifikationssysteme, um ein diabetisches Fußsyndrom zu beschreiben?

Stadieneinteilung diabetischer Fußläsionen nach Wagner (Wagner 1981)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Klassifikation nach Wagner/Armstrong (Wagner 1981; Armstrong et al. 1998)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Verlaufsstadien der diabetischen Neuroosteoarthropathie nach Levin	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Klinische Klassifikation der Fußinfektionen (DGfW 2012)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
nicht bekannt <input type="checkbox"/> bekannt <input type="checkbox"/>	
Stadieneinteilung diabetischer Fußläsionen nach Wagner (Wagner 1981)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Klassifikation nach Wagner/Armstrong (Wagner 1981; Armstrong et al. 1998)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Verlaufsstadien der diabetischen Neuroosteoarthropathie nach Levin	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Klinische Klassifikation der Fußinfektionen (DGfW 2012)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Anhang



- B3. Verwenden Sie eines der folgenden Klassifikationssysteme, um ein Dekubitus zu beschreiben?

Kurzinformation:

EPUAP = Europäische Klassifikation (Stadium I bis IV) NPUAP = Amerikanische Klassifikation (Stadium I bis IV plus Keine Kategorie plus Vermutete tiefe Gewebebeschädigung)

(DNQP 2015)

European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP), Grad I "nicht wegdrückbare Rötung" bis zu Grad IV "vollständiger Haut oder Gewebeverlust".

ja	nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

National Pressure Ulcer Advisory (NPUAP), Kategorie I/Grad I "nicht wegdrückbare Rötung" bis zu Kategorie IV/Grad IV "vollständiger Haut oder Gewebeverlust". Zusätzlich zwei Kategorien: "Uneinstufbar/nicht klassifizierbar vollständiger Haut oder Gewebeverlust - unbekannte Tiefe; Vermutete tiefe Gewebebeschädigung - unbekannte Tiefe

ja	nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP), Grad I "nicht wegdrückbare Rötung" bis zu Grad IV "vollständiger Haut oder Gewebeverlust".

nicht bekannt	bekannt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

National Pressure Ulcer Advisory (NPUAP), Kategorie I/Grad I "nicht wegdrückbare Rötung" bis zu Kategorie IV/Grad IV "vollständiger Haut oder Gewebeverlust". Zusätzlich zwei Kategorien: "Uneinstufbar/nicht klassifizierbar vollständiger Haut oder Gewebeverlust - unbekannte Tiefe; Vermutete tiefe Gewebebeschädigung - unbekannte Tiefe

ja	nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- B4. Verwenden Sie eines der folgenden Klassifikationssysteme, um ein Ulcus cruris venosum zu beschreiben?

ja	nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Klassifikation der chronisch-venösen Insuffizienz nach Widmer (1978)

ja	nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Klassifikation der chronisch-venösen Insuffizienz nach Widmer modifiziert nach Marshall (1994)

ja	nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Clinical condition, Etiology, Anatomic location, Pathophysiology (CEAP-Schema)

ja	nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Klassifikation der chronisch-venösen Insuffizienz nach Widmer (1978)

nicht bekannt	bekannt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Klassifikation der chronisch-venösen Insuffizienz nach Widmer modifiziert nach Marshall (1994)

ja	nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Clinical condition, Etiology, Anatomic location, Pathophysiology (CEAP-Schema)

ja	nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- B5. Verwenden Sie eines der folgenden Klassifikationssysteme, um ein Ulcus cruris arteriosum zu beschreiben?

ja	nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stadieneinteilung nach Fontaine (AWMF 2009)

ja	nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stadieneinteilung nach Rutherford (Rutherford und Becker 1991)

ja	nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anhang



nicht
bekannt bekannt

Stadieneinteilung nach Fontaine (AWMF 2009)

 -

Stadieneinteilung nach Rutherford (Rutherford und Becker 1991)

 -

B6. Welche Kriterien zur Wundbeobachtung wenden Sie an?

ja nein

Grund, Rand, Exsudation, Inflammation, Symptomatik = GREIS

 -

Umgebung, Fläche, Exsudat, Rand = UFER

 -

Perfusion (Durchblutung), Extent/Size (Fläche/Große), Depth (Tiefe), Infection (Infektion),
Sensation (Sinneswahrnehmung/Empfindung) = PEDIS

 -

Depth (Tiefe), Exsudate (Exsudat), Size (Größe), Infection (Infektion), Granulation
(Granulation), Necrosis (Nekrose) = DESIGN

 -

Umgebung, Rand, Grund, Exsudat = URGE

 -

Measure (Maßangabe), Exudate (Exsudat), Appearance (Aussehen), Suffering
(Schmerz/Leid), Undermining (Unterminierung), Reevaluate (Neueinschätzung), Edge (Rand)
= MEASURE

 -

Couleur (Farbe), Depth (Tiefe), Diameter (Durchmesser) = CODED

 -

nicht
bekannt bekannt

Grund, Rand, Exsudation, Inflammation, Symptomatik = GREIS

 -

Umgebung, Fläche, Exsudat, Rand = UFER

 -

Perfusion (Durchblutung), Extent/Size (Fläche/Große), Depth (Tiefe), Infection (Infektion),
Sensation (Sinneswahrnehmung/Empfindung) = PEDIS

 -

Depth (Tiefe), Exsudate (Exsudat), Size (Größe), Infection (Infektion), Granulation
(Granulation), Necrosis (Nekrose) = DESIGN

 -

Umgebung, Rand, Grund, Exsudat = URGE

 -

Measure (Maßangabe), Exudate (Exsudat), Appearance (Aussehen), Suffering
(Schmerz/Leid), Undermining (Unterminierung), Reevaluate (Neueinschätzung), Edge (Rand)
= MEASURE

 -

Couleur (Farbe), Depth (Tiefe), Diameter (Durchmesser) = CODED

 -

B7. Welche Berechnungsmethode verwenden Sie, um die Wundgröße zu beschreiben?

ja nein

Erfassung der größten Länge und der Breite der Wunde mit Lineal (Perpendiculare Methode)

 -

Erfassung der größten Länge von 12-6 Uhr und Breite von 9-3 Uhr mit Lineal (Uhrmethode)

 -

Mechanische und/oder digitale Planimetrie z.B. Visitrak mit transparenter Folie (Tracing)

 -

Anhang



	ja	nein
Fotographie mit digitaler Berechnungsmethode	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	nicht bekannt	bekannt
Erfassung der größten Länge und der Breite der Wunde mit Lineal (Perpendiculare Methode)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erfassung der größten Länge von 12-6 Uhr und Breite von 9-3 Uhr mit Lineal (Uhrmethode)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mechanische und/oder digitale Planimetric z.B. Visitrak mit transparenter Folie (Tracing)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fotographie mit digitaler Berechnungsmethode	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B8. Welche Instrumente verwenden Sie zur Einschätzung der Ernährungssituation des Patienten?

Körpergewicht	<input type="checkbox"/>
Körperhöhe/-größe	<input type="checkbox"/>
Oberarmhautfaltendicke (Triceps skinfold (TSF))	<input type="checkbox"/>
Oberarmmuskulumfang (Midarm muscle circumference)	<input type="checkbox"/>
Body Mass Index	<input type="checkbox"/>
Mini Nutritional Assessment (MNA)	<input type="checkbox"/>
Ess- und Trinkprotokoll	<input type="checkbox"/>
Laborparameter	<input type="checkbox"/>
Energiebedarfberechnung z.B. nach Harris Benedict	<input type="checkbox"/>
keine Angabe	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>

Sonstiges

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

B9. Welche Instrumente verwenden Sie zur Einschätzung und Analyse der Schmersituation?

ja	nein	
Visuelle Analogskala (VAS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Numerische Rating Skala (NRS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verbale Rating Skala (VRS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baker Wrong Skala (Smilies)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anhang



McGill Pain Questionnaire ja nein
 —

nicht
bekannt bekannt
Visuelle Analogskala (VAS) —

Numerische Rating Skala (NRS) —

Verbale Rating Skala (VRS) —

Baker Wrong Skala (Smilies) —

McGill Pain Questionnaire —

- B10.** Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit der Zusammenarbeit mit Hausärzten/Allgemeinmedizinern in der Versorgung von Patienten/Bewohnern mit chronischen Wunden?

sehr zufrieden

etwas zufrieden

teils teils

etwas unzufrieden

unzufrieden

weiß nicht

- B11.** Was würden Sie sich für die weitere Zusammenarbeit mit Hausärzten/Allgemeinmedizinern in der Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden wünschen?

Anhang



- B12.** Haben Sie in Ihrer pflegerischen Tätigkeit miterlebt, dass es zu Versorgungsbrüchen von Menschen mit chronischen Wunden kam?

z. B. Überleitung Krankenhaus, Zusammenarbeit mit (Fach-)Ärzten oder Familie des Betroffenen

Ja
Nein

- B13.** In welcher Situation kam es nach Ihrer Ansicht zu einem Versorgungsbruch? Bitte beschreiben Sie kurz Ihre erlebte Situation (bzgl. Überleitung Krankenhaus, Zusammenarbeit Hausarzt oder Sonstiges). Vielen Dank.

Teil C: Schulungs- und Fortbildungsbedarf

Wir sind daran interessiert, in welchem Umfang Sie in den letzten 24 Monaten an Schulungs- und Fortbildungmaßnahmen teilgenommen haben und zu welchen Themen Sie weiteren Schulungsbedarf sehen.

- C1.** Haben Sie in den letzten 24 Monaten an einer Fortbildung zu:

"Einschätzung von wund- und therapiebedingten Einschränkungen" teilgenommen?

Ja Nein
Umgang mit Einschätzungsinstrumenten

Kriterien für die pflegerische Wundanamnese

Arten von wund- und therapiebedingten Einschränkungen

Bedarf Kein Bedarf
Umgang mit Einschätzungsinstrumenten

Kriterien für die pflegerische Wundanamnese

Anhang



Techniken von Wundspülungen und Umgang mit sterilen Wundspülösungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Dokumentation und Evaluation von Wundversorgung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Infektionsprophylaxe	<input type="checkbox"/> Bedarf <input type="checkbox"/> Kein Bedarf
Umgang mit sterilen Materialien und speziellen Wundauflagen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Techniken von Wundspülungen und Umgang mit sterilen Wundspülösungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Dokumentation und Evaluation von Wundversorgung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

C4.

Haben Sie in den letzten 24 Monaten an einer Fortbildung zu: "Beratung, Schulung und Anleitung sowie Forderung des gesundheitsbezogenen Selbstmanagements" teilgenommen?

Gesprächsführung (Patientenzentrierte Gesprächsführung, Umgang mit Angehörigen)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Umgang mit schriftlichem Material (z.B. Informationsbroschüren)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Lernformen und Lerntypen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Spezielle Beratungs- und Schulungsinhalte	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Gesprächsführung (Patientenzentrierte Gesprächsführung, Umgang mit Angehörigen)	<input type="checkbox"/> Bedarf <input type="checkbox"/> Kein Bedarf
Umgang mit schriftlichem Material (z.B. Informationsbroschüren)	<input type="checkbox"/> Bedarf <input type="checkbox"/> Kein Bedarf
Lernformen und Lerntypen	<input type="checkbox"/> Bedarf <input type="checkbox"/> Kein Bedarf
Spezielle Beratungs- und Schulungsinhalte	<input type="checkbox"/> Bedarf <input type="checkbox"/> Kein Bedarf

C5. Haben Sie in den letzten 24 Monaten an einer Fortbildung zu:

"Beurteilung von Wundheilungsverläufen" teilgenommen?

Wundheilungstadien	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Beschreibung von Wundzuständen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Anhang



Zeichen für Verschlechterung oder Komplikationen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Windheilungsstadien	Bedarf <input type="checkbox"/> Kein Bedarf <input type="checkbox"/>
Beschreibung von Wundzuständen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Zeichen für Verschlechterung oder Komplikationen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

C6. Haben Sie in den letzten 24 Monaten an einer Fortbildung zu:

"Beurteilung der Effektivität von Maßnahmen zur Minimierung wund- und therapiebedingter Einschränkungen" teilgenommen?

Verlaufsbeschreibung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Erkennen von Anzeichen für eine Verbesserung der Lebensqualität	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Überprüfungsmöglichkeiten der Wirksamkeit eingeleiteter Maßnahmen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Verlaufsbeschreibung	Bedarf <input type="checkbox"/> Kein Bedarf <input type="checkbox"/>
Erkennen von Anzeichen für eine Verbesserung der Lebensqualität	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Überprüfungsmöglichkeiten der Wirksamkeit eingeleiteter Maßnahmen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

C7. Ist es für Sie wichtig, die Schulungs- und Fortbildungsmaßnahmen gemeinsam mit anderen Berufsgruppen zu besuchen?

Ja	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>

C8. Wenn ja, mit welchen Berufsgruppen?

Hausärzte	<input type="checkbox"/>
Internisten	<input type="checkbox"/>
Apotheker	<input type="checkbox"/>
Diabetologen	<input type="checkbox"/>
Phlebologen	<input type="checkbox"/>
Diabetesberater	<input type="checkbox"/>
Heilpraktiker	<input type="checkbox"/>

Anhang



- Medizinische Fachangestellte (MfA)
- Physiotherapeut
- Orthopädie-Techniker
- Orthopädie-Schuhmacher
- Bandagist
- Ernährungsberater
- Podologen
- Chirurgisch technischer Assistent (CTA)
- Chirurgisch operativer Assistent (COA)
- Sonstige
- Sonstiges

Sonstiges

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tell D: Fragen zu Ihrer Person

D1. Welches Geschlecht haben Sie?

weiblich

männlich

D2. Welche Qualifikation haben Sie?

Altenpfleger/-in

Krankenschwester, Gesundheits- und Krankenpflegerin

Kinderkrankenschwester, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin

D3. Haben Sie weitere Qualifikationen im Bereich Wundversorgung?

Ja

Nein

D4. Welche weitere Qualifikation weisen Sie auf?

In diesem Testfeld haben Sie die Möglichkeit, Ihre erworbenen Qualifikationen (Fachwettbewerb, Studium) zu nennen.

Wundexperte ® | Initiative Chronische Wunden (ICW)

Fachtherapeut Wunde ® | Initiative Chronische Wunden (ICW)

Pflegetherapeut Wunde ® | Initiative Chronische Wunden (ICW)

Wundassistent - WAcert® | Deutsche Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung (DGfW)

Anhang



- Wundassistent - WAcert® | Deutsche Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung (DGfW)
- Pflegeexperten Stoma, Kontinenz und Wunde | Fachgesellschaft Stoma, Kontinenz und Wunde e.V.
- Wunddiagnostik und Wundmanagement ® (WDW®) | Österreichische Gesellschaft für vaskuläre Pflege (ÖGVP)
- Basisseminar "Wundmanagement" | Österreichische Gesellschaft für vaskuläre Pflege (ÖGVP)
- Palliative Care Fachkraft
- Master of Advanced Studies FH in Wound Care | Master of Advanced Studies FH in Wound Care
- Dipl. Wundexperten/-in SAfW | Swiss Association for Wound Care (SAfW)
- Wundbehandlungsseminar SAfW/H+ | Swiss Association for Wound Care (SAfW)
- Palliative Care Fachkraft | Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin
- Pain Nurse - Schmerzmanagement in der Pflege
- Sonstige
- Sonstiges

Sonstiges

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

D5. Sind Sie Mitglied in einem Wundnetz oder in einer Fachgesellschaft mit dem Schwerpunkt Wundversorgung?

- Ja
Nein

D6. In welchem Netzwerk oder in welcher Gesellschaft sind Sie aktives Mitglied?

- Wundnetz Saar e.V.
Deutsche Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung e.V. (DGfW)
Initiative Chronische Wunde e.V. (ICW)
Fachgesellschaft Stoma, Kontinenz und Wunde e.V. (FgSKW) (ehemals DVET und ECET)
Sonstiges

Sonstiges

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

D7. Bitte geben Sie Ihre Berufserfahrung in Jahren an.

Zeit in Jahren nach Ihrem Examen

--	--	--	--	--

D8. Wie viele Verbandwechsel bei Menschen mit chronischen Wunden führen Sie in der Regel wöchentlich durch?

--	--	--	--	--

Anhang



D9. Zu wie viel Prozent sind Sie in der Einrichtung angestellt?

- Geringfügige Beschäftigung (Mini-Job-Basis)
25% Anstellung
50% Anstellung
75% Anstellung
100% Anstellung
Sonstiges

Sonstiges

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

D10. In welcher Einrichtung sind Sie als Pflegefachkraft tätig?

- Ambulante Pflege
Stationäre Pflege

D11. Welcher Trägerschaft gehört Ihre Einrichtung an?

- Privat
Freigemeinnützig (freie Wohlfahrtspflege, Sonstige)
Öffentlich (kommunale Träger)

D12. In welchem Landkreis sind Sie als Pflegefachkraft tätig?

- Merzig-Wadern
Neunkirchen
Stadtverband Saarbrücken
Saarlouis
Saarpfalz-Kreis
St. Wendel



- D13. Liegt Ihnen noch etwas auf dem Herzen, was Sie uns mitteilen möchten? Haben wir Sie etwas nicht gefragt, was Sie in der Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden als wichtig erachten?

Hier können Sie Ihre Notizung in das Textfeld eintragen.

Herzlichen Dank für Ihre Zeit und Unterstützung!

Bei Fragen und Anmerkungen können Sie sich jederzeit an mich wenden:

Désirée Schäfer Zentrum Allgemeinmedizin der Medizinischen Fakultät Universität des Saarlandes Gebäude 80.2 66421 Homburg/Saar Telefon: 06841/1626805 E-Mail:
Desiree.Schaefer@uks.eu

Anhang

II.III.III Ergebnisse der quantitativen Auswertung der Befragung von Pflegefachkräften ambulanter und stationärer Einrichtungen

Teil A: Einschätzung von wund- und therapiebedingten Einschränkungen

Zu welchen Inhalten informieren, anleiten und/oder beraten Sie in der Regel Patienten/Bewohner mit chronischen Wunden und ggf. deren Angehörige?

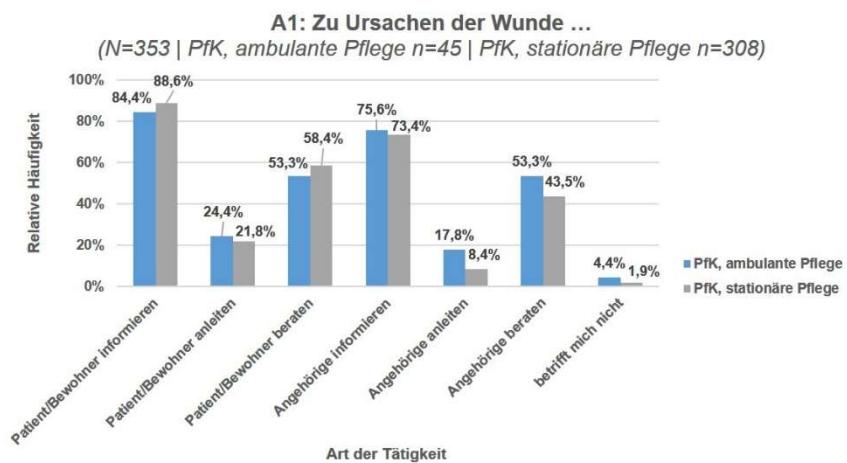


Abbildung 104: Ursachen der Wunde (PfK)



Abbildung 105: Heilung der Wunde & Wundheilungszeit (PfK)

Anhang

A3: Zu Symptomen (z. B. Geruch, Exsudat, Juckreiz) ...
 (N=353 | PfK, ambulante Pflege n=45 | PfK, stationäre Pflege n=308)

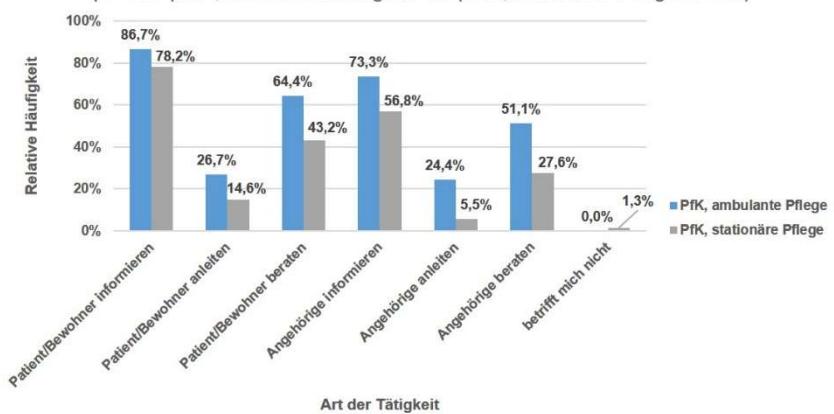


Abbildung 106: Symptome (PfK)

A4: Zur Bedeutung spezieller Maßnahmen (z. B. Druckentlastung, Bewegung, Kompression)
 (N=353 | PfK, ambulante Pflege n=45 | PfK, stationäre Pflege n=308)

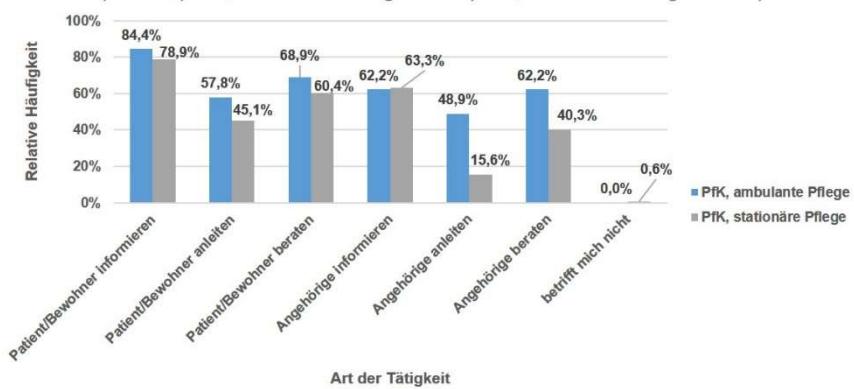


Abbildung 107: Bedeutung spezieller Maßnahmen (PfK)

A7: Zu Abhängigkeit personeller Hilfe ...
 (N=353 | PfK, ambulante Pflege n=45 | PfK, stationäre Pflege n=308)

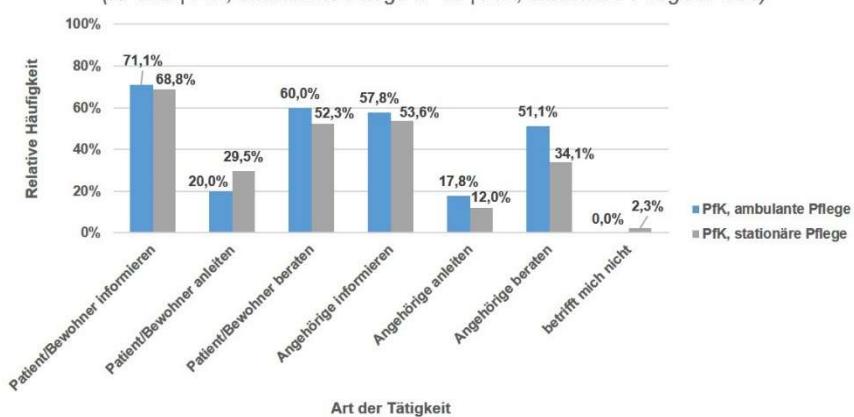


Abbildung 108: Abhängigkeit personeller Hilfe (PfK)

Anhang

A10: Zu Schwierigkeiten bei Kleidungs- und Schuhwahl ...
 (N=353 | PfK, ambulante Pflege n=45 | PfK, stationäre Pflege n=308)

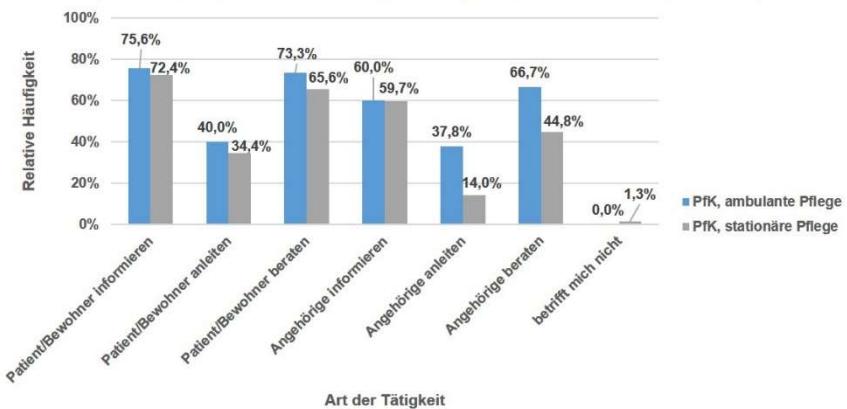


Abbildung 109: Schwierigkeiten bei Kleidungs- und Schuhwahl (PfK)

A11: Zu Schwierigkeiten zur Aufrechterhaltung der persönlichen Hygiene ...

(N=353 | PfK, ambulante Pflege n=45 | PfK, stationäre Pflege n=308)

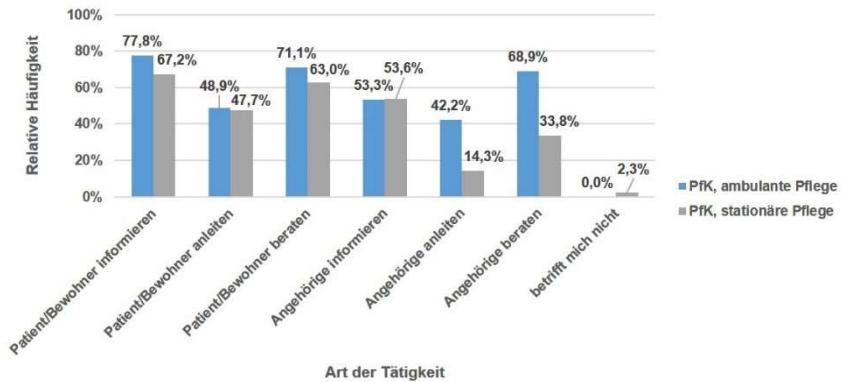


Abbildung 110: Hygiene (PfK)

A13: Zum Umgang mit wund- und therapiebedingten Einschränkungen (z. B. Mobilitäts- und Aktivitätseinschränkungen, Schmerzen, Schlafstörungen, Juckreiz) ...

(N=353 | PfK, ambulante Pflege n=45 | PfK, stationäre Pflege n=308)

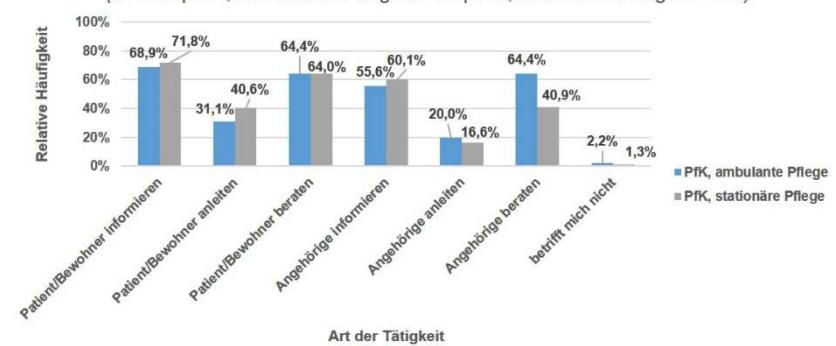


Abbildung 111: Wund- und therapiebedingte Einschränkungen (PfK)

Anhang

A14: Zu wundbezogenen Hilfsmitteln (z. B. Kompressionsstrümpfe, Orthesen, druckreduzierende Matratzen)

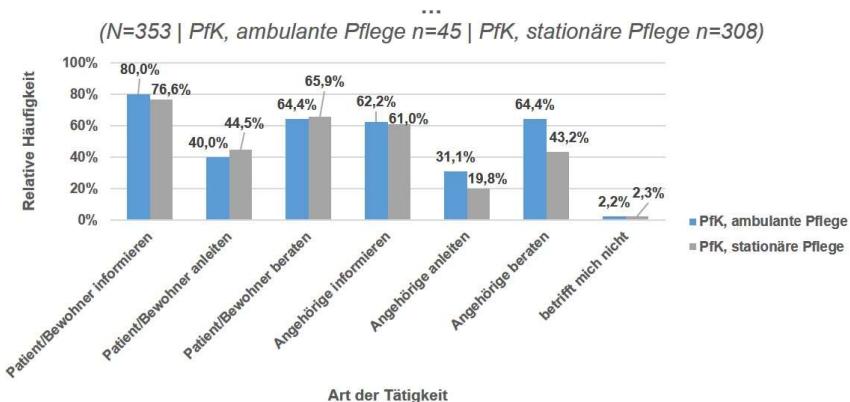


Abbildung 112: Wundbezogene Hilfsmittel (PfK)

A15: Zur Wunde und Verbandwechsel (z. B. Wundgeruch, Schmerzen beim Verbandwechsel) ...

(N=353 | PfK, ambulante Pflege n=45 | PfK, stationäre Pflege n=308)

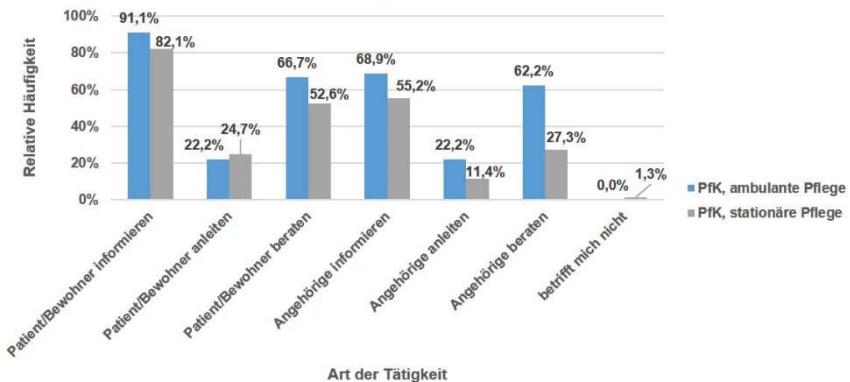


Abbildung 113: Wunde und Verbandwechsel (PfK)

A16: Zum Erhalt von Alltagsaktivitäten (z. B. Einkaufen, Hobbys, Spazieren gehen) ...

(N=353 | PfK, ambulante Pflege n=45 | PfK, stationäre Pflege n=308)

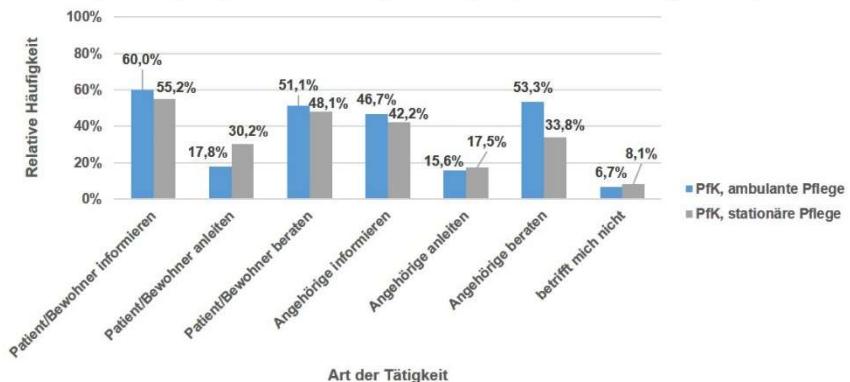


Abbildung 114: Erhalt der Alltagsaktivitäten (PfK)

Anhang

A17: Zu Kompression (z. B. Anziehen, Pflegen, Umgang mit kompressionsbedingten Beschwerden) ...

(N=353 | PfK, ambulante Pflege n=45 | PfK, stationäre Pflege n=308)

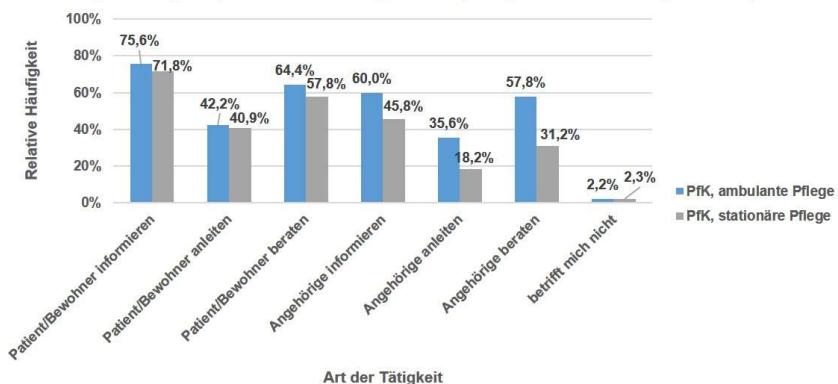


Abbildung 115: Kompression (PfK)

A18: Zu Übungen, die das Sprunggelenk und die Muskelpumpe aktivieren ...

(N=353 | PfK, ambulante Pflege n=45 | PfK, stationäre Pflege n=308)

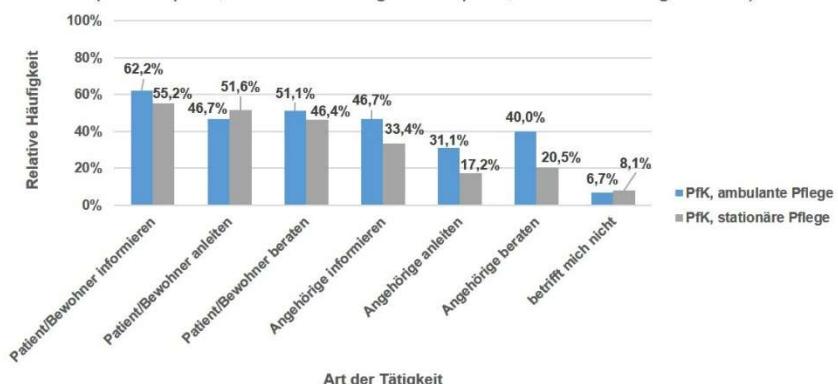


Abbildung 116: Bewegungsübungen (PfK)

A19: Zu Hochlegen der Beine ...

(N=353 | PfK, ambulante Pflege n=45 | PfK, stationäre Pflege n=308)

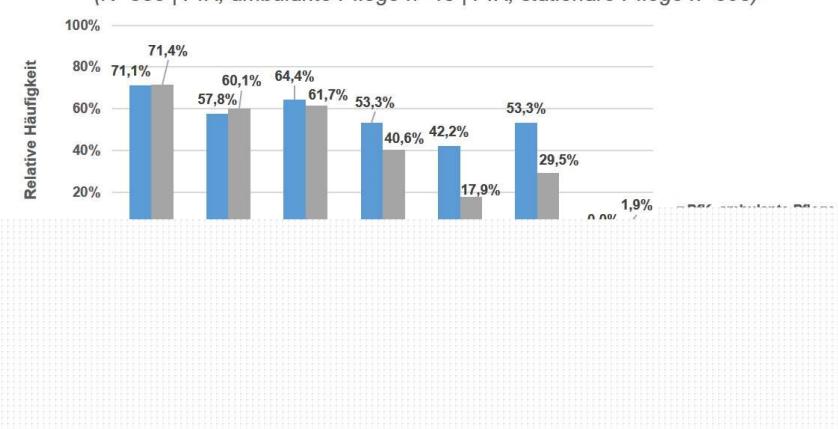


Abbildung 117: Beine hochlegen (PfK)

Anhang

A20: Zu Fußpflege und -inspektion ...
(N=353 | PfK, ambulante Pflege n=45 | PfK, stationäre Pflege n=308)

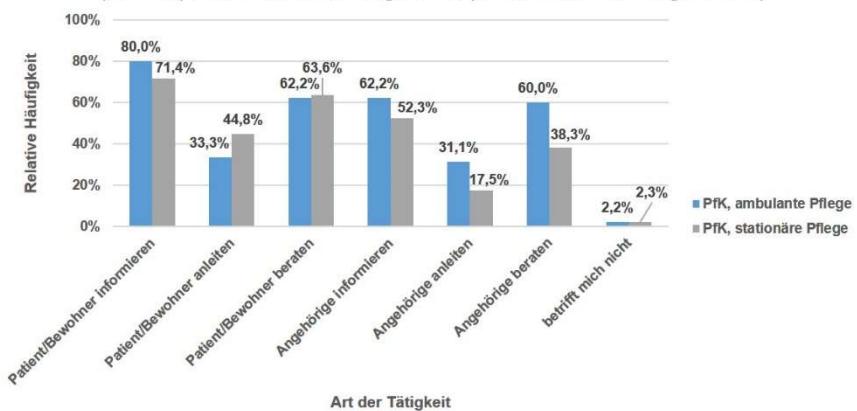


Abbildung 118: Fußpflege (PfK)

A21: Zu Druckentlastung der Wunde ...
(N=353 | PfK, ambulante Pflege n=45 | PfK, stationäre Pflege n=308)

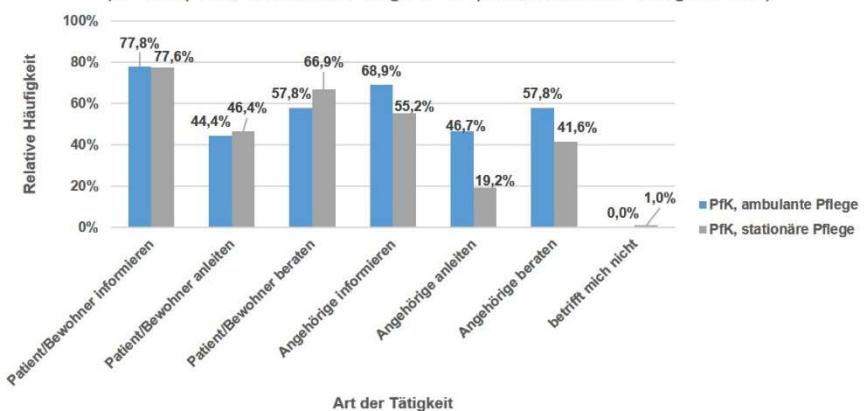


Abbildung 119: Druckentlastung (PfK)

A22: Zu Hautschutz und Hauptpflege ...
(N=353 | PfK, ambulante Pflege n=45 | PfK, stationäre Pflege n=308)

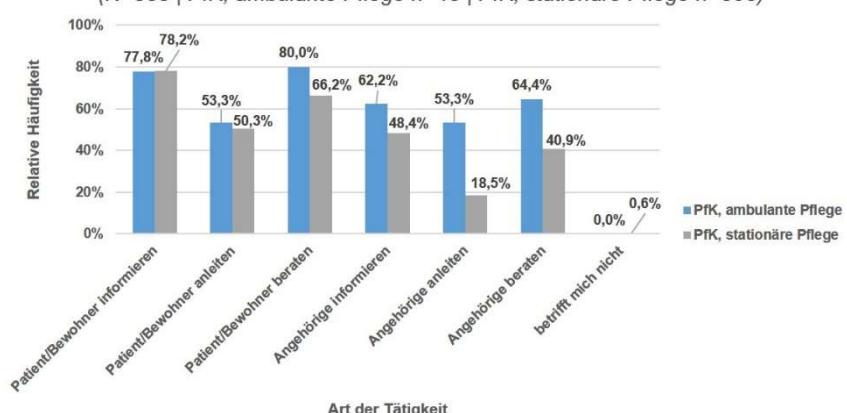


Abbildung 120: Hautschutz (PfK)

Anhang

A23: Zu Ernährung und ggf. Gewichtsreduktion ...
 (N=353 | PfK, ambulante Pflege n=45 | PfK, stationäre Pflege n=308)

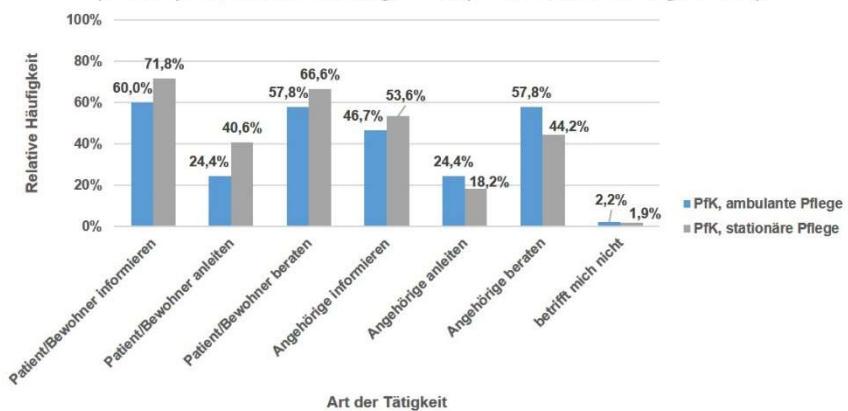


Abbildung 121: Ernährung (PfK)

A24: Zu Blutzuckereinstellung ...
 (N=353 | PfK, ambulante Pflege n=45 | PfK, stationäre Pflege n=308)

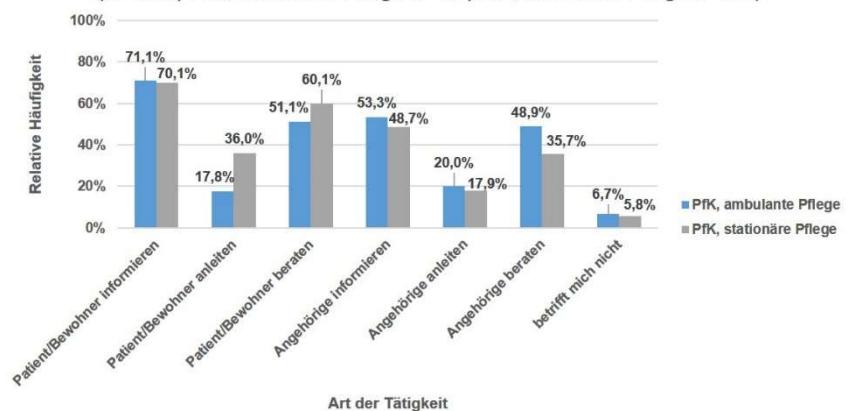


Abbildung 122: Blutzuckereinstellung (PfK)

A25: Zu Raucherentwöhnung ...
 (N=353 | PfK, ambulante Pflege n=45 | PfK, stationäre Pflege n=308)

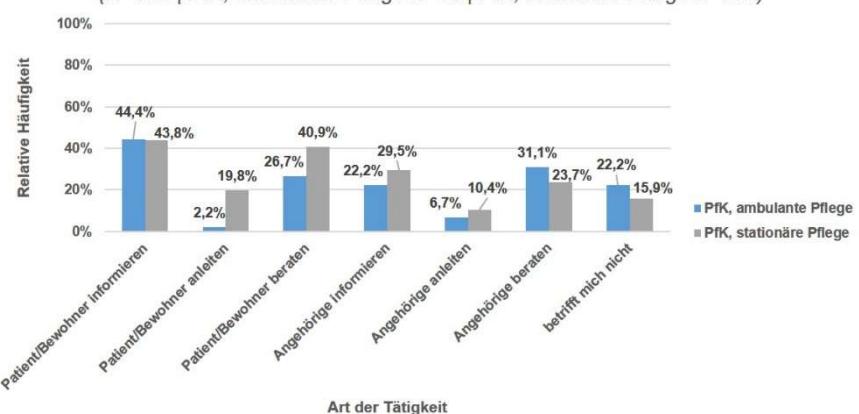


Abbildung 123: Raucherentwöhnung (PfK)

Anhang

A26: Liegt eine intra- und interprofessionell geltende Verfahrensregelung zur Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden in der Einrichtung vor?
 (N=353 | PfK, ambulante Pflege n=45 | PfK, stationäre Pflege n=308)

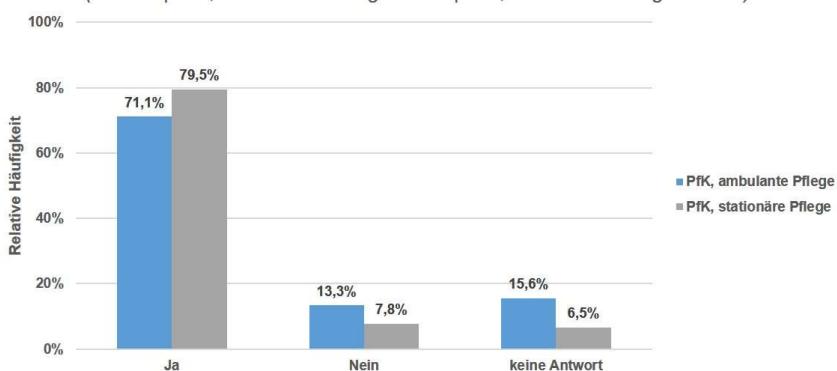


Abbildung 124: Intra- und Interprofessionelle Verfahrensregelung (PfK)

A28: Stehen Ihnen Materialien für einen hygienischen Verbandwechsel zur Verfügung?
 (N=353 | PfK, ambulante Pflege n=45 | PfK, stationäre Pflege n=308)

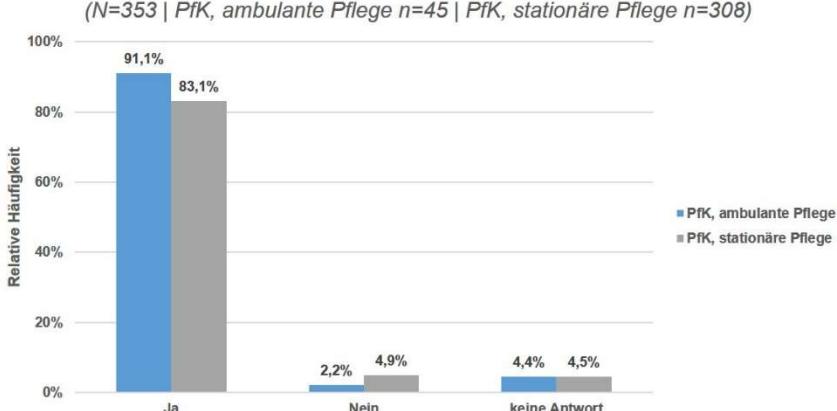


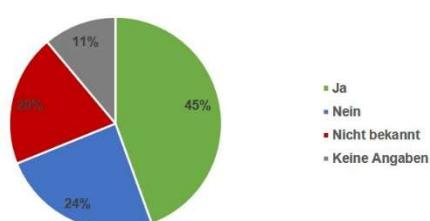
Abbildung 125: Materialien für Verbandwechsel (PfK)

Teil B: Kommunikation zwischen Pflege und Hausarzt

B1: Verwenden Sie folgende Klassifikation, um allgemein ein Ulcus beschreiben zu können?

Schweregradeinteilung von Ulzera (Knighton et al. 1990)

PfK, ambulante Pflege (n=45)



PfK, stationäre Pflege (n=308)

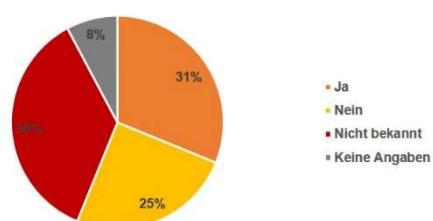


Abbildung 126: Schwergradeinteilung von Ulzera (PfK)

Anhang
Chirurgische Einteilung nach Daniel (Daniel et al. 1979)

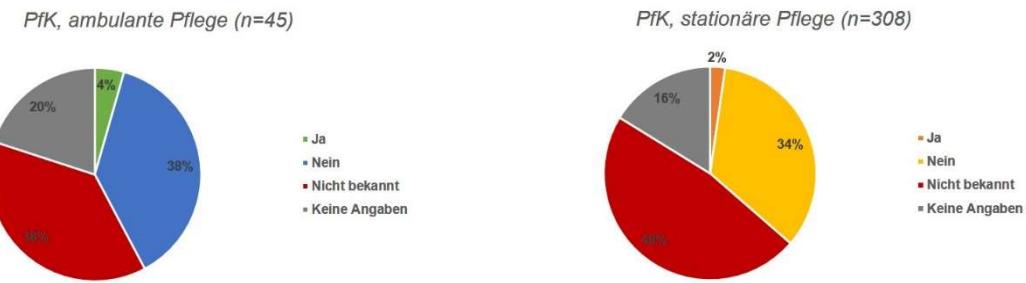


Abbildung 127: Chirurgische Einteilung nach Daniel (PfK)

B2: Verwenden Sie eines der folgenden Klassifikationssysteme, um ein diabetisches Fußsyndrom zu beschreiben?

Stadieneinteilung diabetischer Fußläsionen nach Wagner (Wagner 1981)

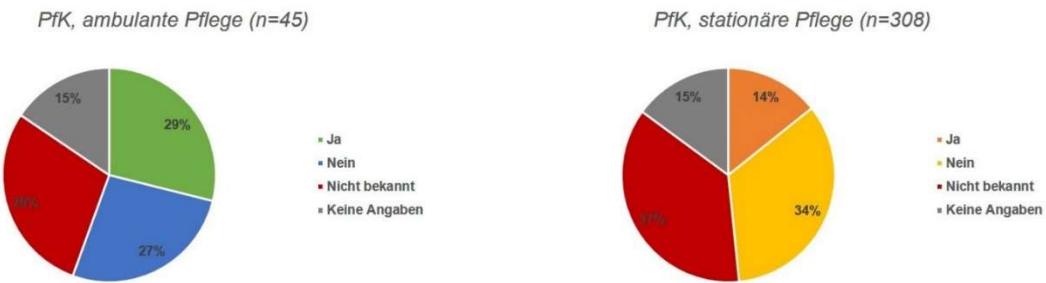


Abbildung 128: Stadieneinteilung nach Wagner (PfK)

Verlaufsstadien der diabetischen Neuroosteoarthropathie nach Levin

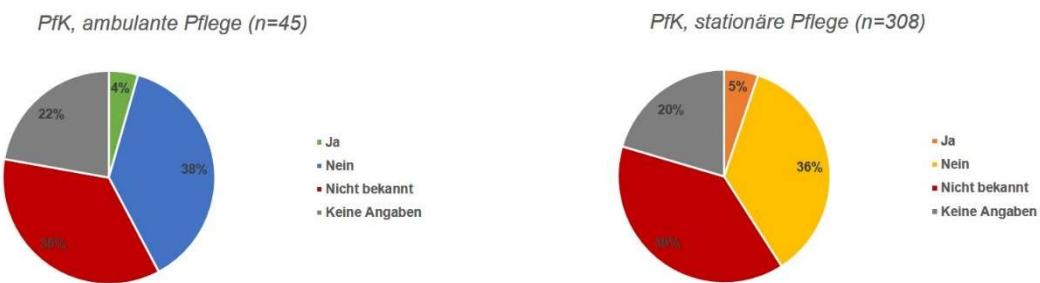
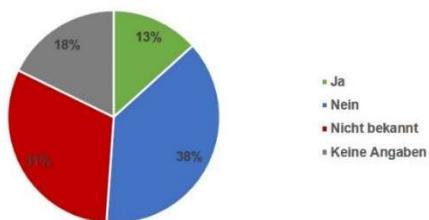


Abbildung 129: Verlaufsstadien nach Levin (PfK)

Anhang
Klinische Klassifikation der Fußinfektionen (DGfW 2012)

PfK, ambulante Pflege (n=45)



PfK, stationäre Pflege (n=308)

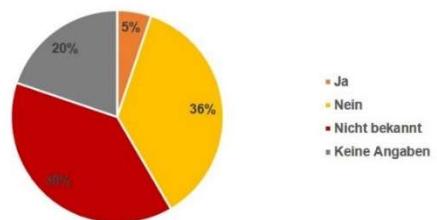
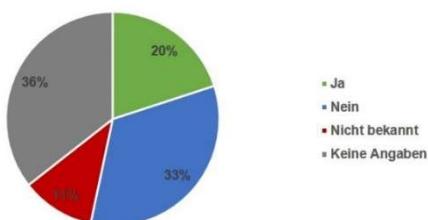


Abbildung 130: Klassifikation der Fußinfektion (PfK)

B3: Verwenden Sie eines der folgenden Klassifikationssysteme, um ein Dekubitus zu beschreiben?

National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP)

PfK, ambulante Pflege (n=45)



PfK, stationäre Pflege (n=308)

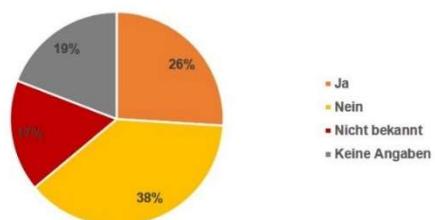
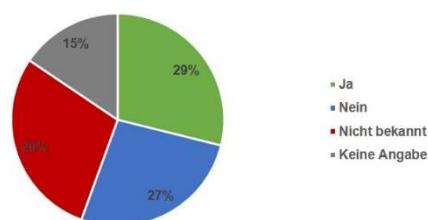


Abbildung 131: NPUAP (PfK)

B4: Verwenden Sie eines der folgenden Klassifikationssysteme, um ein Ulcus cruris venosum zu beschreiben?

Klassifikation der chronisch-venösen Insuffizienz nach Widmer (1978)

PfK, ambulante Pflege (n=45)



PfK, stationäre Pflege (n=308)

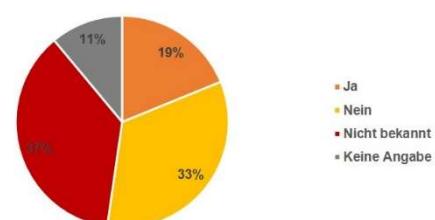
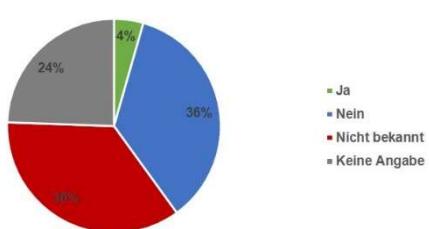


Abbildung 132: Klassifikation nach Widmer (PfK)

Anhang

Clinical condition, Etiology, Anatomic location, Pathophysiology (CEAP-Schema)

PfK, ambulante Pflege (n=45)



PfK, stationäre Pflege (n=308)

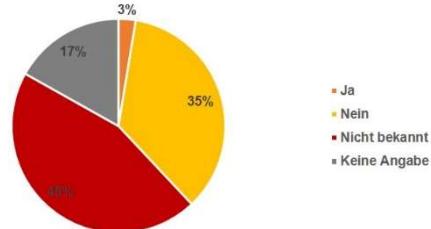
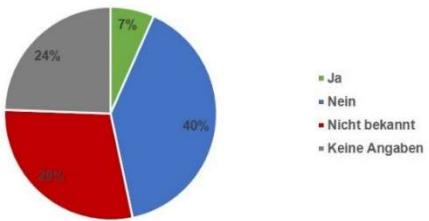


Abbildung 133: CEAP-Schema (PfK)

B5: Verwenden Sie eines der folgenden Klassifikationssysteme, um ein Ulcus cruris arteriosum zu beschreiben?

Stadieneinteilung nach Rutherford (Rutherford & Becker 1991)

PfK, ambulante Pflege (n=45)



PfK, stationäre Pflege (n=308)

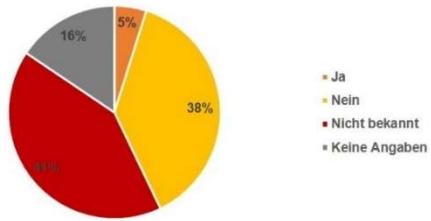
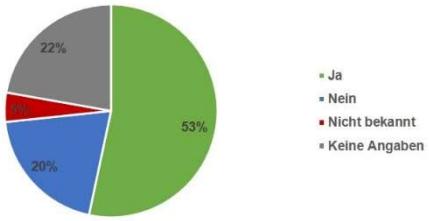


Abbildung 134: Stadieneinteilung nach Rutherford (PfK)

B6: Welche Kriterien zur Wundbeobachtung wenden Sie an?

Grund, Rand, Exsudation, Inflammation, Symptomatik (GREIS)

PfK, ambulante Pflege (n=45)



PfK, stationäre Pflege (n=308)

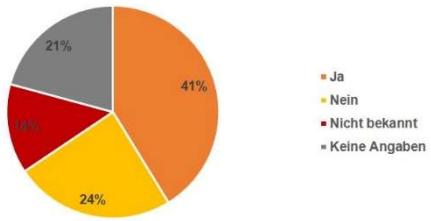
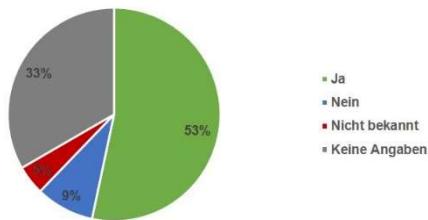


Abbildung 135: GREIS (PfK)

Anhang
Umgebung, Fläche, Exsudat, Rand (UFER)

PfK, ambulante Pflege (n=45)



PfK, stationäre Pflege (n=308)

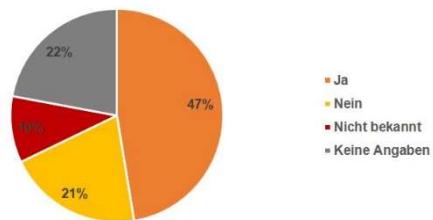
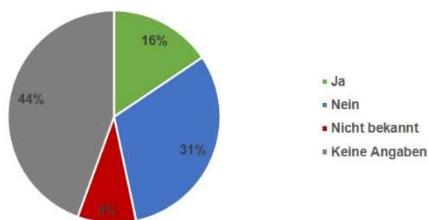


Abbildung 136: UFER (PfK)

Perfusion, Extent/Size, Depth, Infection, Sensation (PEDIS)

PfK, ambulante Pflege (n=45)



PfK, stationäre Pflege (n=308)

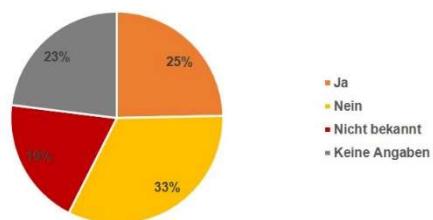
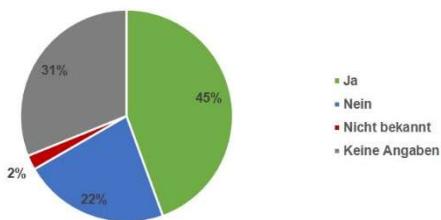


Abbildung 137: PEDIS (PfK)

Depth, Exsudate, Size, Infection, Granulation, Necrosis (DESIGN)

PfK, ambulante Pflege (n=45)



PfK, stationäre Pflege (n=308)

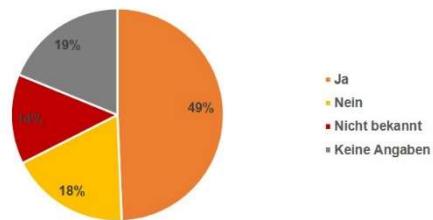
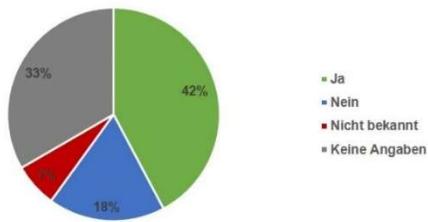


Abbildung 138: DESIGN (PfK)

Anhang
Umgebung, Rand, Grund, Exsudat (URGE)

PfK, ambulante Pflege (n=45)



PfK, stationäre Pflege (n=308)

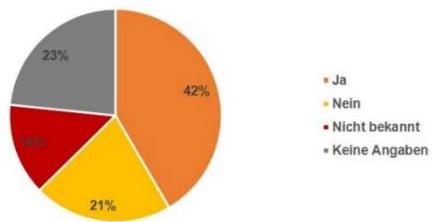
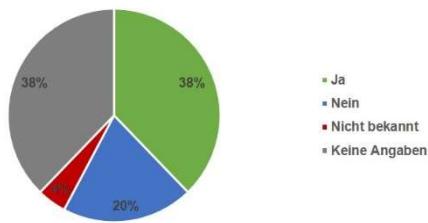


Abbildung 139: URGE (PfK)

Measure, Exsudate, Appearance, Suffering, Undermining, Reevaluate, Edge (MEASURE)

PfK, ambulante Pflege (n=45)



PfK, stationäre Pflege (n=308)

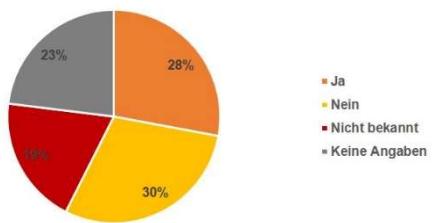
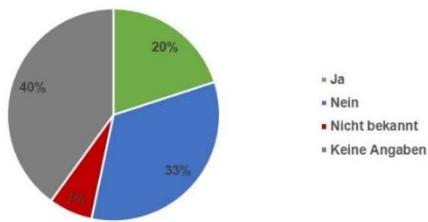


Abbildung 140: MEASURE (PfK)

Couleur, Depth, Diameter (CODED)

PfK, ambulante Pflege (n=45)



PfK, stationäre Pflege (n=308)

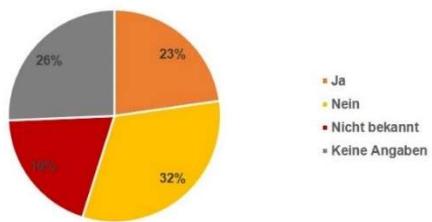


Abbildung 141: CODED (PfK)

Anhang

B7: Welche Berechnungsmethode verwenden Sie, um die Wundgröße zu beschreiben?

Erfassung der größten Länge und Breite mit Lineal

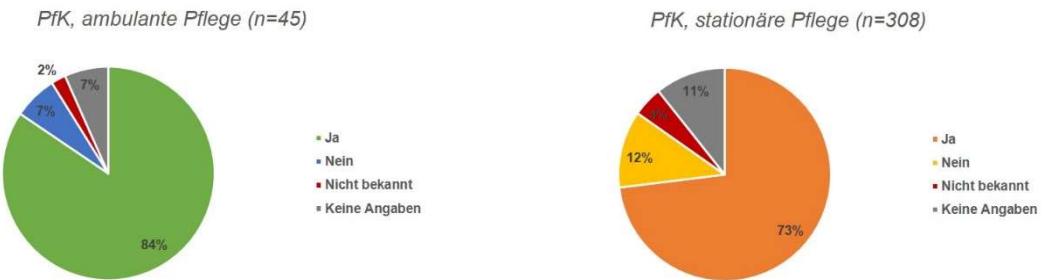


Abbildung 142: Länge & Breite (PfK)

Erfassung der größten Länge von 12-6 Uhr und Breite von 9-3 Uhr (Uhrmethode)

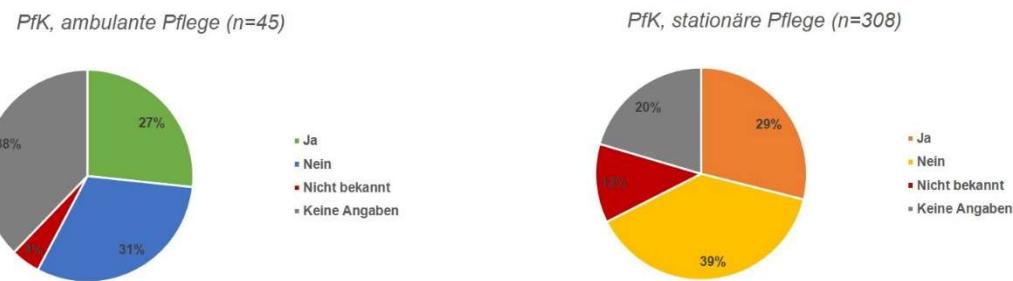


Abbildung 143: Uhrmethode (PfK)

Mechanische und/oder digitale Planimetrie z. B. Visitrak mit transparenter Folie (Tracing)

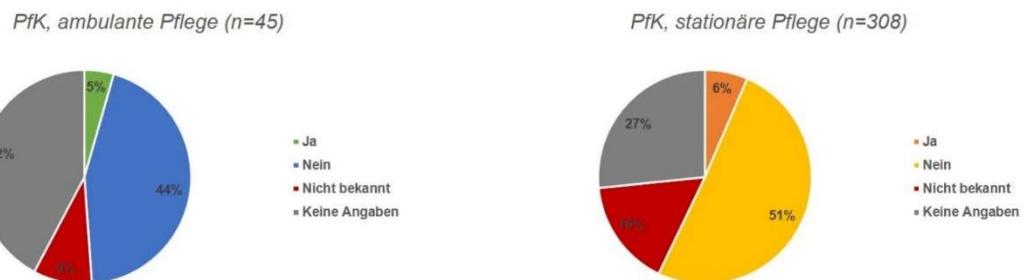
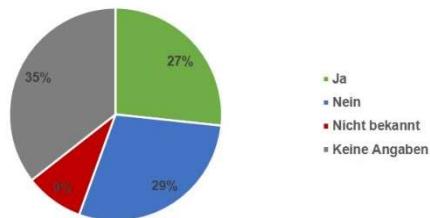


Abbildung 144: Tracing (PfK)

Anhang
Photographie mit digitaler Berechnungsmethode

PfK, ambulante Pflege (n=45)



PfK, stationäre Pflege (n=308)

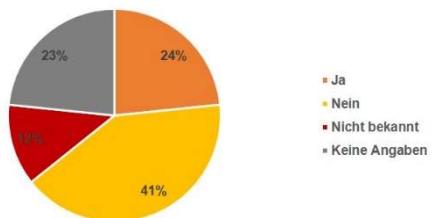


Abbildung 145: Digitale Berechnung (PfK)

B8: Welche Instrumente verwenden Sie zur Einschätzung der Ernährungssituation des Patienten/Bewohners?
(N=353 | PfK, ambulante Pflege n=45 | PfK, stationäre Pflege n=308)

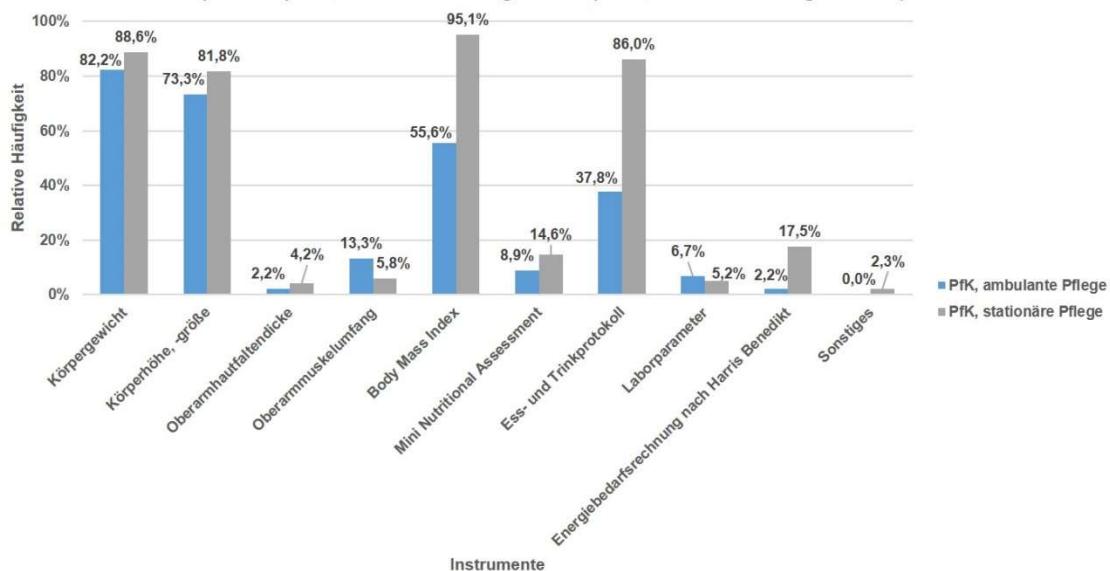
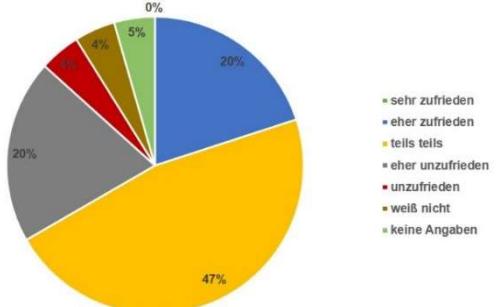


Abbildung 146: Einschätzung der Ernährungssituation (PfK)

B10: Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit mit Hausärzten in der Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden

PfK, ambulante Pflege (n=45)



PfK, stationäre Pflege (n=308)

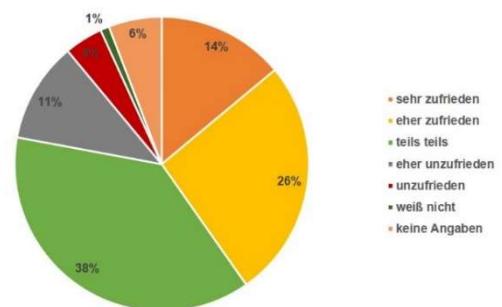


Abbildung 147: Zufriedenheit Zusammenarbeit Pflege und Hausarzt (PfK)

Anhang

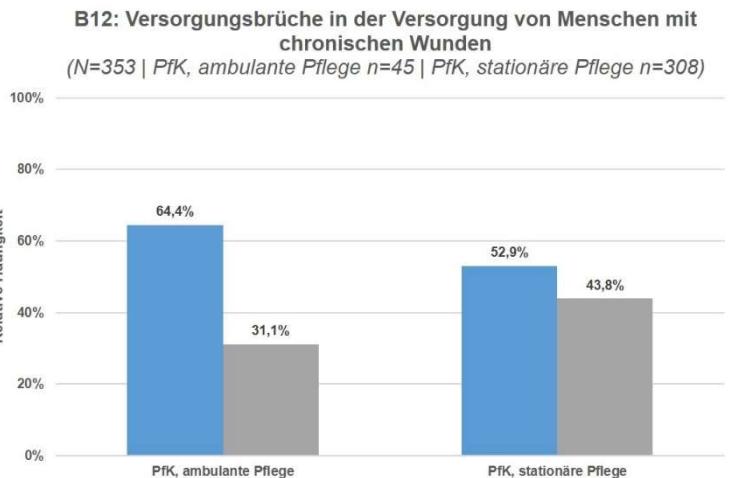


Abbildung 148: Versorgungsbrüche im Gesundheitswesen (PfK)

Teil C: Schulungs- und Fortbildungsbedarf

C1: Haben Sie in den letzten 24 Monaten an einer Fortbildung zu „Einschätzung von wund- und therapiebedingten Einschränkungen“ teilgenommen?

Kriterien für die pflegerische Wundanamnese – Teilnahme an Schulungs- und Fortbildungsmaßnahmen

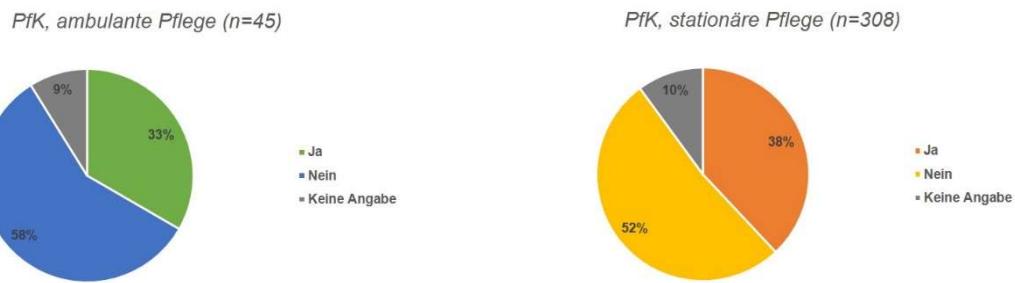


Abbildung 149: Wundanamnese – Teilnahme (PfK)

Kriterien für die pflegerische Wundanamnese – Bedarf an Schulungs- und Fortbildungsmaßnahmen

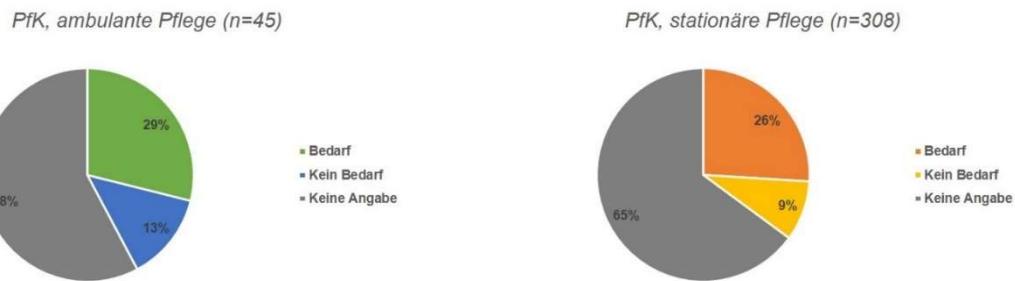


Abbildung 150: Wundanamnese – Bedarf (PfK)

Anhang

Arten von wund- und therapiebedingten Einschränkungen – Teilnahme an Schulungs- und Fortbildungsmaßnahmen

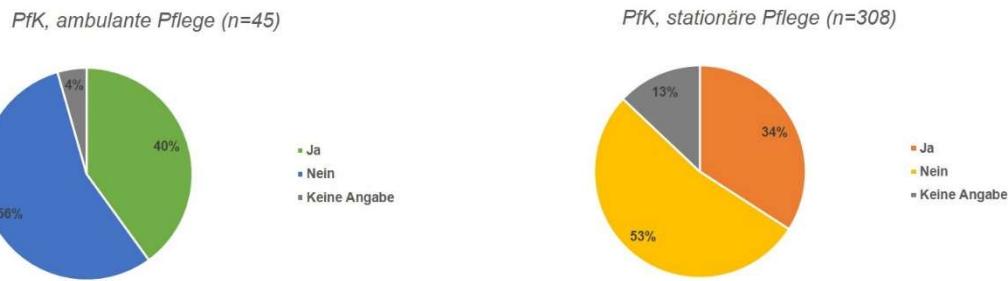


Abbildung 151: Arten der Einschränkungen – Teilnahme (PfK)

Arten von wund- und therapiebedingten Einschränkungen – Bedarf an Schulungs- und Fortbildungsmaßnahmen

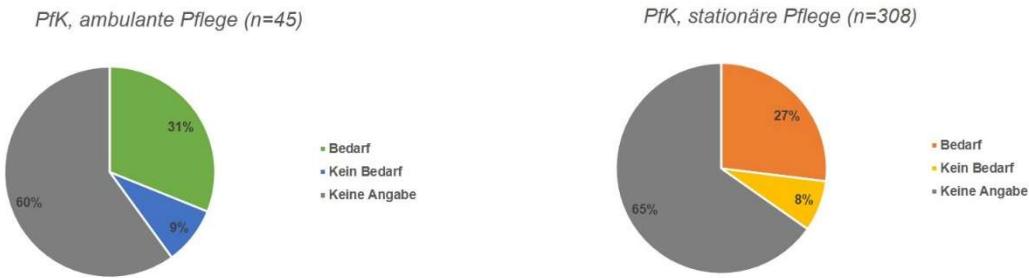


Abbildung 152: Arten der Einschränkungen – Bedarf (PfK)

C2: Haben Sie in den letzten 24 Monaten an einer Fortbildung zu „Krankheitsspezifische Maßnahmen zur Behandlung wundbedingter Einschränkungen“ teilgenommen?

Druckentlastung bei Dekubitalulcera und/oder Diabetischem Fußsyndrom – Teilnahme an Schulungs- und Fortbildungsmaßnahmen

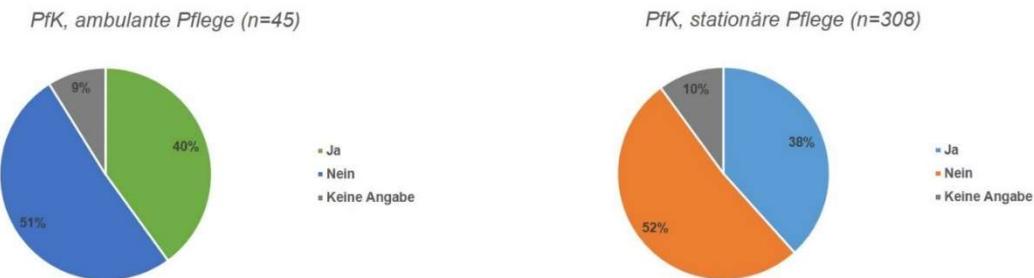
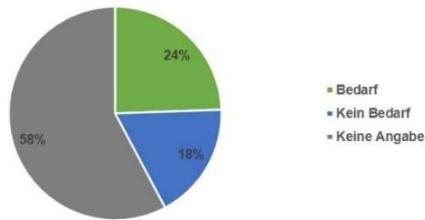


Abbildung 153: Druckentlastung – Teilnahme (PfK)

Anhang

Druckentlastung bei Dekubitalulcera und/oder Diabetischem Fußsyndrom – Bedarf an Schulungs- und Fortbildungsmaßnahmen

PfK, ambulante Pflege (n=45)



PfK, stationäre Pflege (n=308)

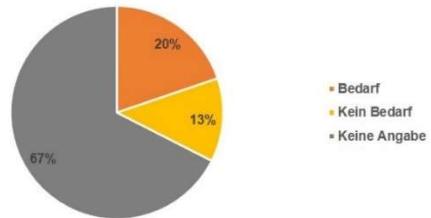
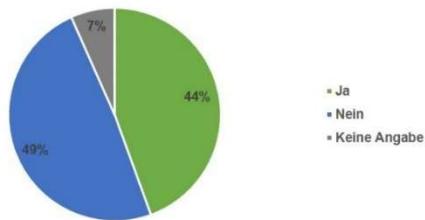


Abbildung 154: Druckentlastung – Bedarf (PfK)

Kompressionstherapie – Teilnahme an Schulungs- und Fortbildungsmaßnahmen

PfK, ambulante Pflege (n=45)



PfK, stationäre Pflege n=308

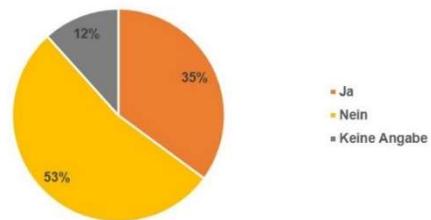
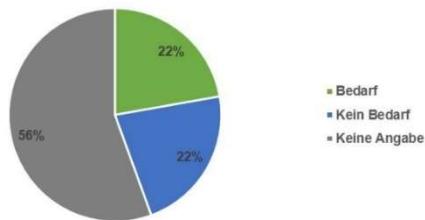


Abbildung 155: Kompressionstherapie – Teilnahme (PfK)

Kompressionstherapie – Bedarf an Schulungs- und Fortbildungsmaßnahmen

PfK, ambulante Pflege (n=45)



PfK, stationäre Pflege (n=308)

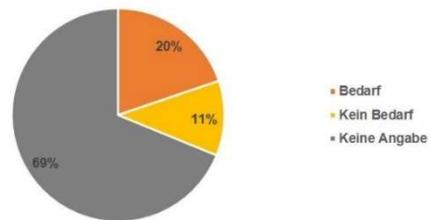
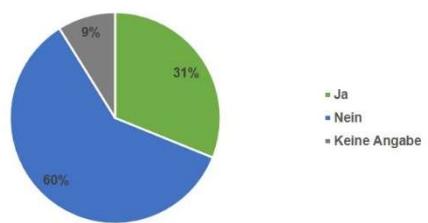


Abbildung 156: Kompressionstherapie – Bedarf (PfK)

Anhang
Ernährung – Teilnahme an Schulungs- und Fortbildungsmaßnahmen

PfK, ambulante Pflege (n=45)



PfK, stationäre Pflege (n=308)

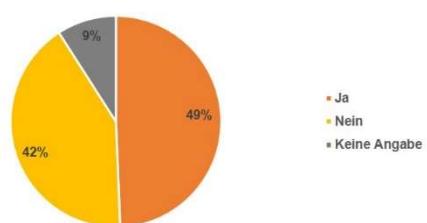
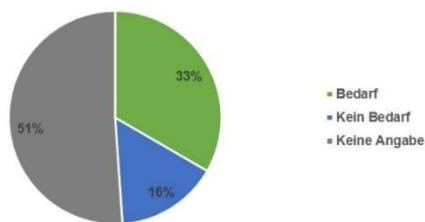


Abbildung 157: Ernährung – Teilnahme (PfK)

Ernährung – Bedarf an Schulungs- und Fortbildungsmaßnahmen

PfK, ambulante Pflege (n=45)



PfK, stationäre Pflege (n=308)

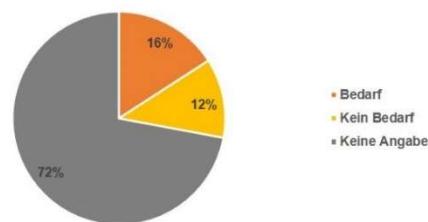
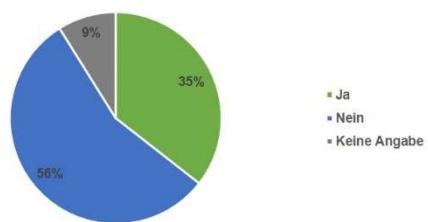


Abbildung 158: Ernährung – Bedarf (PfK)

Wundgeruch – Teilnahme an Schulungs- und Fortbildungsmaßnahmen

PfK, ambulante Pflege (n=45)



PfK, stationäre Pflege (n=308)

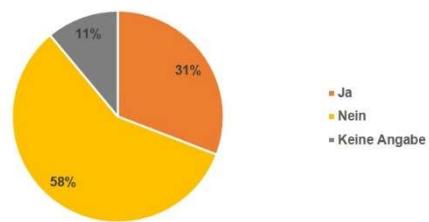
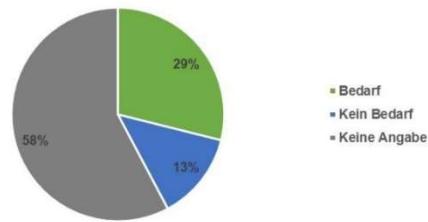


Abbildung 159: Wundgeruch – Teilnahme (PfK)

Anhang
Wundgeruch – Bedarf an Schulungs- und Fortbildungsmaßnahmen

PfK, ambulante Pflege (n=45)



PfK, stationäre Pflege (n=308)

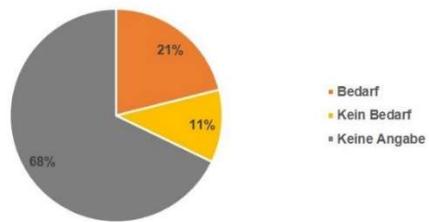
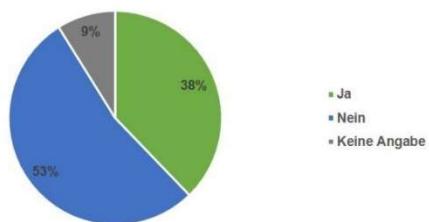


Abbildung 160: Wundgeruch – Bedarf (PfK)

Wundexsudat – Teilnahme an Schulungs- und Fortbildungsmaßnahmen

PfK, ambulante Pflege (n=45)



PfK, stationäre Pflege (n=308)

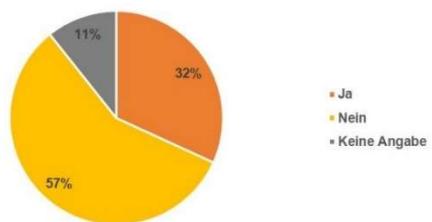
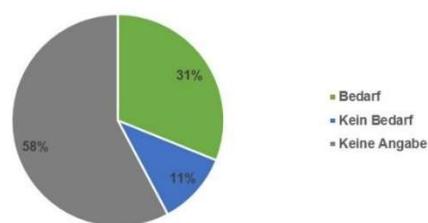


Abbildung 161: Wundexsudat – Teilnahme (PfK)

Wundexsudat – Bedarf an Schulungs- und Fortbildungsmaßnahmen

PfK, ambulante Pflege (n=45)



PfK, stationäre Pflege (n=308)

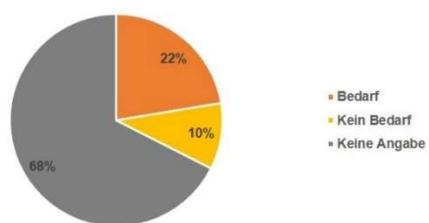


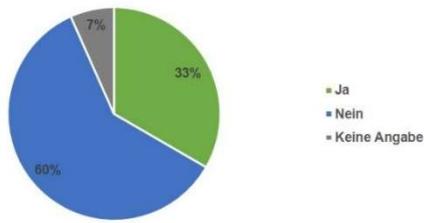
Abbildung 162: Wundexsudat – Bedarf (PfK)

Anhang

C3: Haben Sie in den letzten 24 Monaten an einer Fortbildung zu „Wundversorgung“ teilgenommen?

Infektionsprophylaxe – Teilnahme an Schulungs- und Fortbildungsmaßnahmen

PfK, ambulante Pflege (n=45)



PfK, stationäre Pflege (n=308)

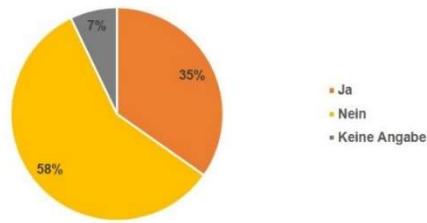
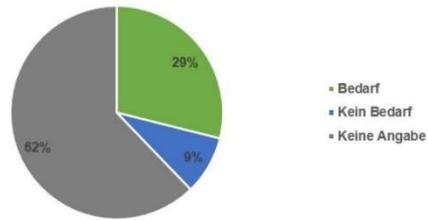


Abbildung 163: Infektionsprophylaxe – Teilnahme (PfK)

Infektionsprophylaxe – Bedarf an Schulungs- und Fortbildungsmaßnahmen

PfK, ambulante Pflege (n=45)



PfK, stationäre Pflege (n=308)

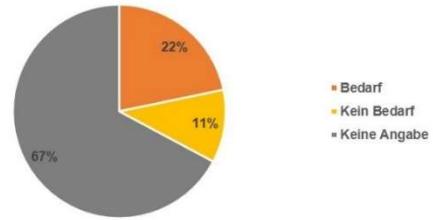
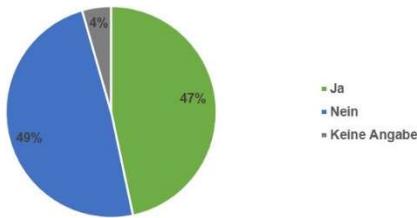


Abbildung 164: Infektionsprophylaxe – Bedarf (PfK)

Umgang mit sterilen Materialien und speziellen Wundauflagen – Teilnahme an Schulungs- und Fortbildungsmaßnahmen

PfK, ambulante Pflege (n=45)



PfK, stationäre Pflege (n=308)

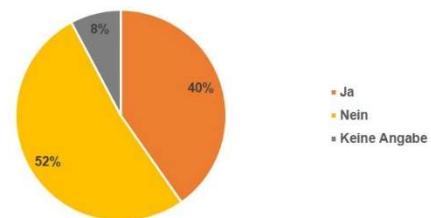
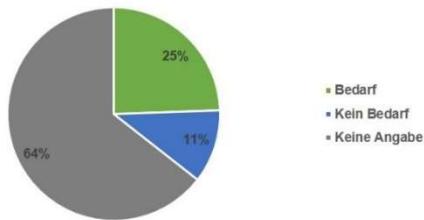


Abbildung 165: Sterile Materialien – Teilnahme (PfK)

Anhang

Umgang mit sterilen Materialien und speziellen Wundauflagen – Bedarf an Schulungs- und Fortbildungsmaßnahmen

PfK, ambulante Pflege (n=45)



PfK, stationäre Pflege (n=308)

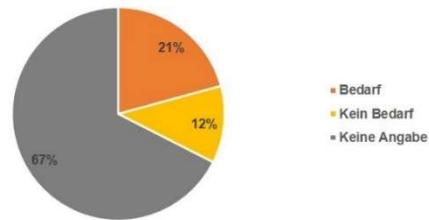
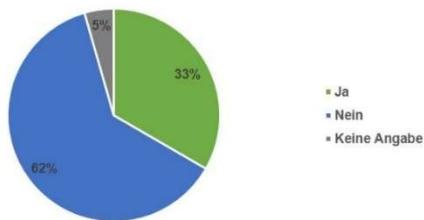


Abbildung 166: Sterile Materialien – *Bedarf* (PfK)

Techniken von Wundspülungen und Umgang mit sterilen Wundspüllösungen – Teilnahme an Schulungs- und Fortbildungsmaßnahmen

PfK, ambulante Pflege (n=45)



PfK, stationäre Pflege (n=308)

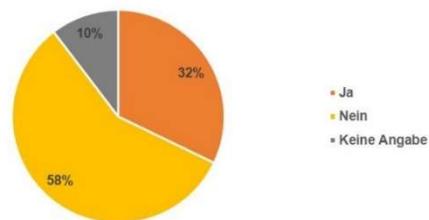
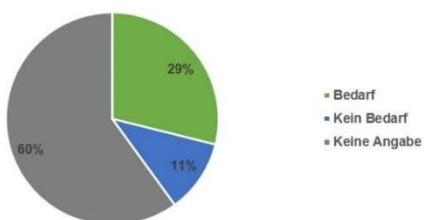


Abbildung 167: Wundspülungen – *Teilnahme* (PfK)

Techniken von Wundspülungen und Umgang mit sterilen Wundspüllösungen – Bedarf an Schulungs- und Fortbildungsmaßnahmen

PfK, ambulante Pflege (n=45)



PfK, stationäre Pflege (n=308)

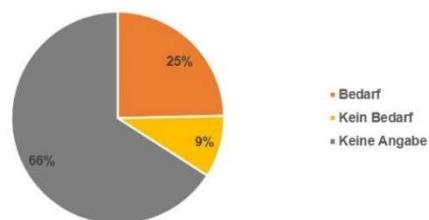
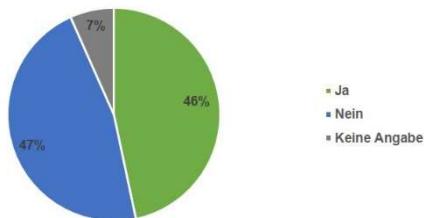


Abbildung 168: Wundspülungen – *Bedarf* (PfK)

Anhang
Dokumentation und Evaluation von Wundversorgung – Teilnahme an Schulungs- und Fortbildungsmaßnahmen

PfK, ambulante Pflege (n=45)



PfK, stationäre Pflege (n=308)

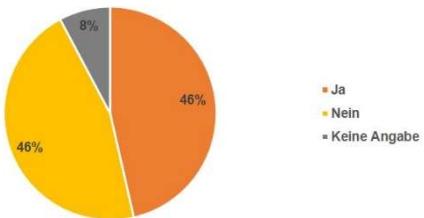
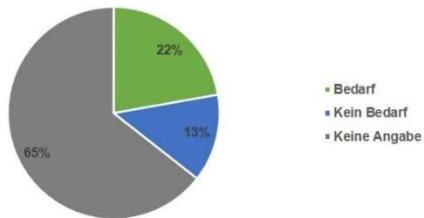


Abbildung 169: Evaluation – Teilnahme (PfK)

Dokumentation und Evaluation von Wundversorgung – Bedarf an Schulungs- und Fortbildungsmaßnahmen

PfK, ambulante Pflege (n=45)



PfK, stationäre Pflege (n=308)

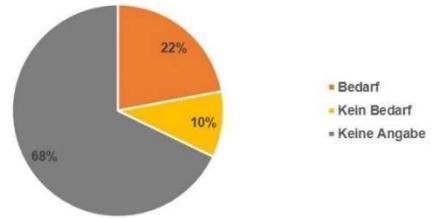
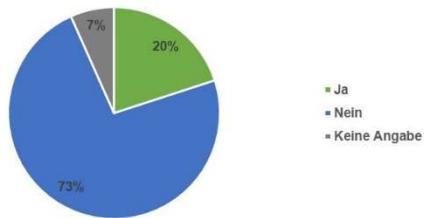


Abbildung 170: Evaluation – Bedarf (PfK)

C4: Haben Sie in den letzten 24 Monaten an einer Fortbildung zu „Beratung, Schulung und Anleitung sowie Förderung des gesundheitsbezogenen Selbstmanagements“ teilgenommen?

Umgang mit schriftlichem Material – Teilnahme an Schulungs- und Fortbildungsmaßnahmen

PfK, ambulante Pflege (n=45)



PfK, stationäre Pflege (n=308)

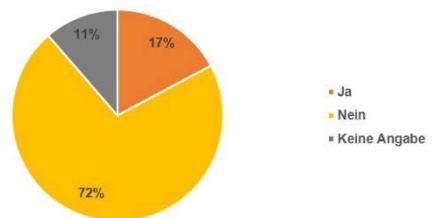


Abbildung 171: Schriftliche Materialien - Teilnahme (PfK)

Anhang

Umgang mit schriftlichem Material – Bedarf an Schulungs- und Fortbildungsmaßnahmen

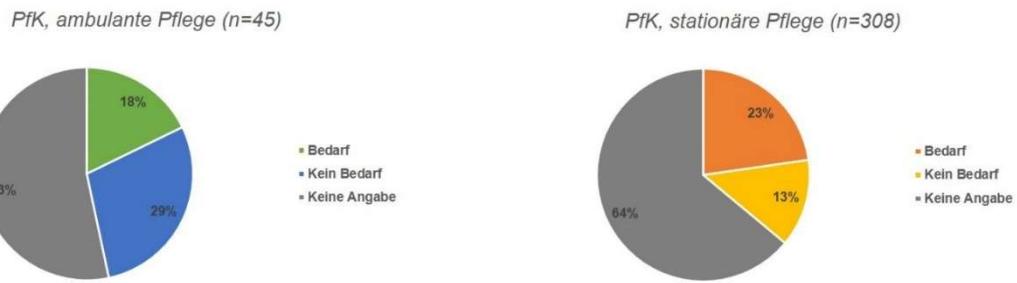


Abbildung 172: Schriftliche Materialien - Bedarf (PfK)

Lernformen und Lerntypen – Teilnahme an Schulungs- und Fortbildungsmaßnahmen

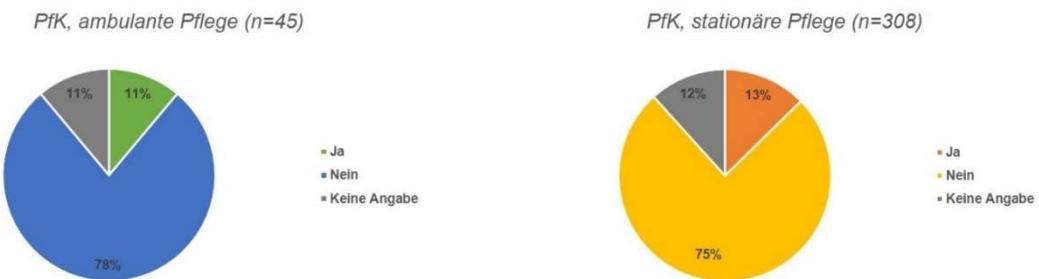


Abbildung 173: Lernformen - Teilnahme (PfK)

Lernformen und Lerntypen – Bedarf an Schulungs- und Fortbildungsmaßnahmen

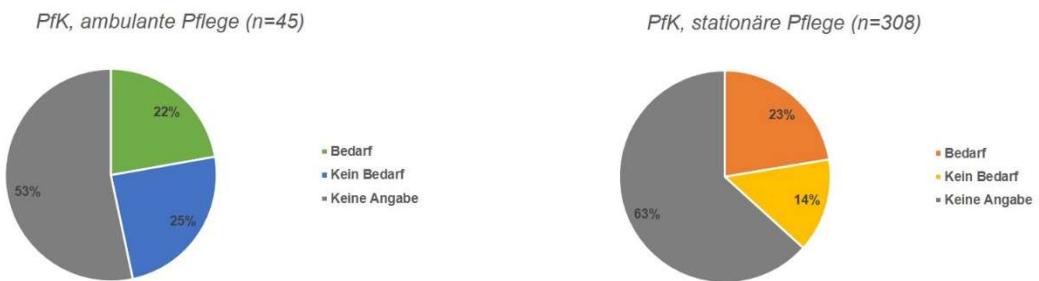
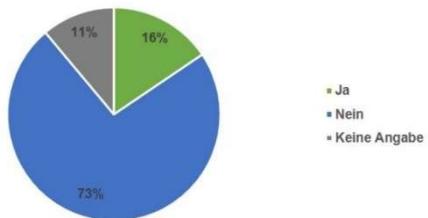


Abbildung 174: Lernformen - Bedarf (PfK)

Anhang

Spezielle Beratungs- und Schulungsinhalte – Teilnahme an Schulungs- und Fortbildungsmaßnahmen

PfK, ambulante Pflege (n=45)



PfK, stationäre Pflege (n=308)

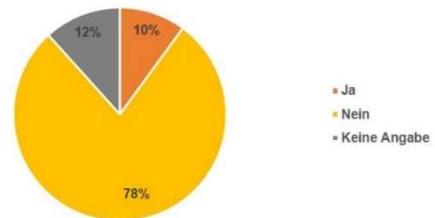
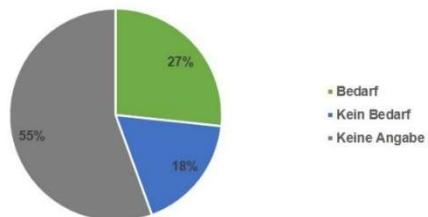


Abbildung 175: Beratungsinhalte - Teilnahme (PfK)

Spezielle Beratungs- und Schulungsinhalte – Bedarf an Schulungs- und Fortbildungsmaßnahmen

PfK, ambulante Pflege (n=45)



PfK, stationäre Pflege (n=308)

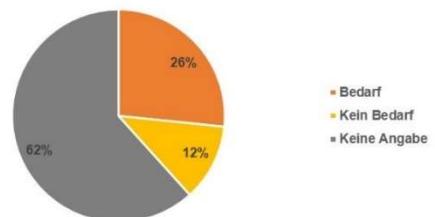
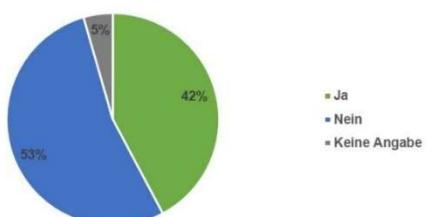


Abbildung 176: Beratungsinhalte - Bedarf (PfK)

C5: Haben Sie in den letzten 24 Monaten an einer Fortbildung zu „Beurteilung von Wundheilungsverläufen“ teilgenommen?

Wundheilungsstadien – Teilnahme an Schulungs- und Fortbildungsmaßnahmen

PfK, ambulante Pflege (n=45)



PfK, stationäre Pflege (n=308)

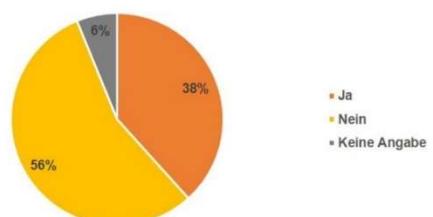
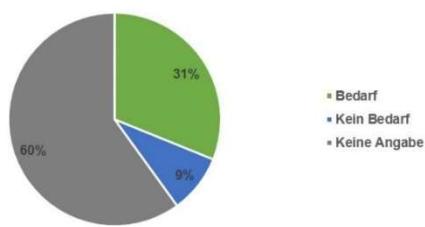


Abbildung 177: Wundheilungsstadien - Teilnahme (PfK)

Anhang
Wundheilungsstadien – Bedarf an Schulungs- und Fortbildungsmaßnahmen

PfK, ambulante Pflege (n=45)



PfK, stationäre Pflege (n=308)

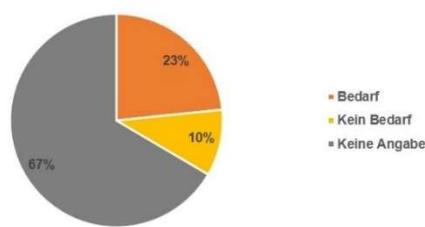
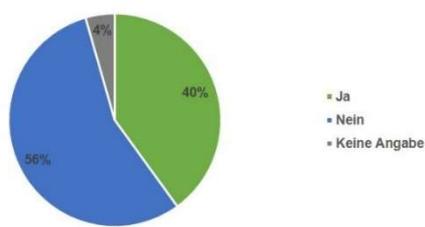


Abbildung 178: Wundheilungsstadien - Bedarf (PfK)

Beschreibung von Wundzuständen – Teilnahme an Schulungs- und Fortbildungsmaßnahmen

PfK, ambulante Pflege (n=45)



PfK, stationäre Pflege (n=308)

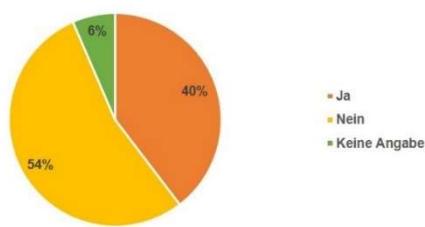
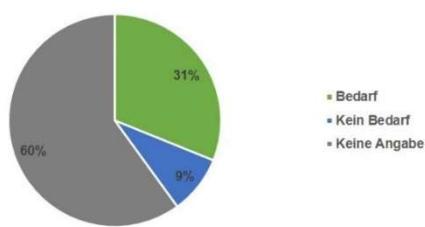


Abbildung 179: Wundzustände - Teilnahme (PfK)

Beschreibung von Wundzuständen – Bedarf an Schulungs- und Fortbildungsmaßnahmen

PfK, ambulante Pflege (n=45)



PfK, stationäre Pflege (n=308)

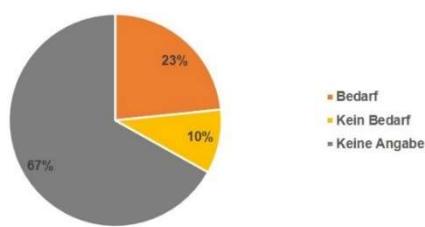
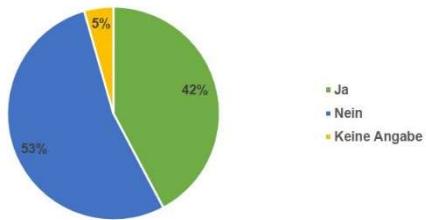


Abbildung 180: Wundzustände - Bedarf (PfK)

Anhang

Zeichen für Verschlechterung oder Komplikationen – Teilnahme an Schulungs- und Fortbildungsmaßnahmen

PfK, ambulante Pflege (n=45)



PfK, stationäre Pflege (n=308)

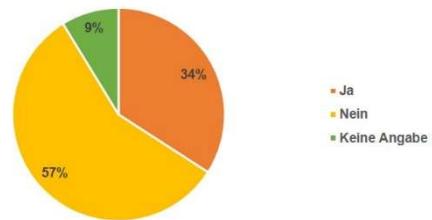
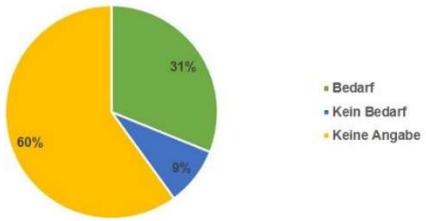


Abbildung 181: Komplikationen - Teilnahme (PfK)

Zeichen für Verschlechterung oder Komplikationen – Bedarf an Schulungs- und Fortbildungsmaßnahmen

PfK, ambulante Pflege (n=45)



PfK, stationäre Pflege (n=308)

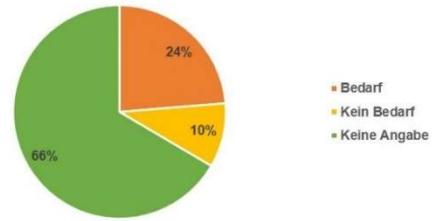
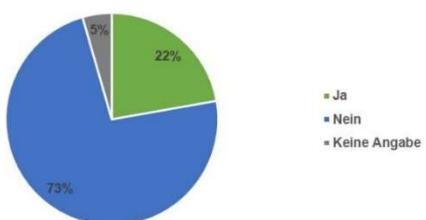


Abbildung 182: Komplikationen - Bedarf (PfK)

C6: Haben Sie in den letzten 24 Monaten an einer Fortbildung zu „Beurteilung der Effektivität von Maßnahmen zur Minimierung wund- und therapiebedingter Einschränkungen“ teilgenommen?

Verlaufsbeschreibung – Teilnahme an Schulungs- und Fortbildungsmaßnahmen

PfK, ambulante Pflege (n=45)



PfK, stationäre Pflege (n=308)

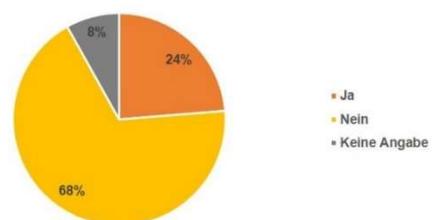


Abbildung 183: Verlaufsbeschreibung - Teilnahme (PfK)

Anhang
Verlaufsbeschreibung – Bedarf an Schulungs- und Fortbildungsmaßnahmen

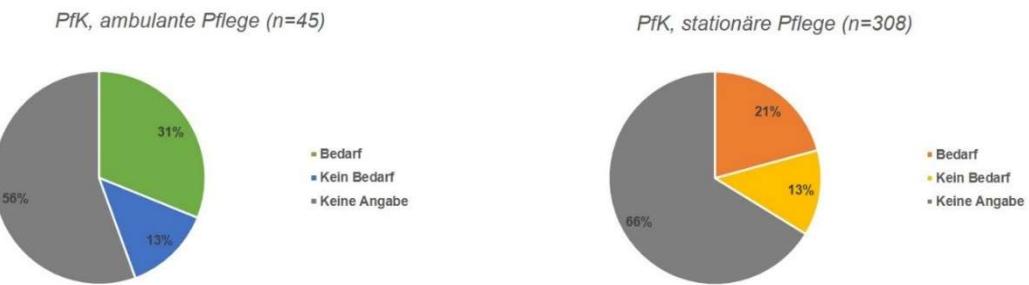


Abbildung 184: Verlaufsbeschreibung - Bedarf (PfK)

Verbesserung der Lebensqualität – Teilnahme an Schulungs- und Fortbildungsmaßnahmen



Abbildung 185: Lebensqualität - Teilnahme (PfK)

Verbesserung der Lebensqualität – Bedarf an Schulungs- und Fortbildungsmaßnahmen

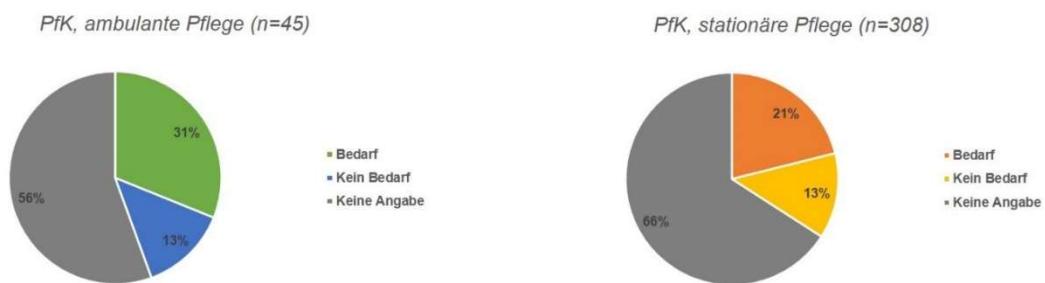
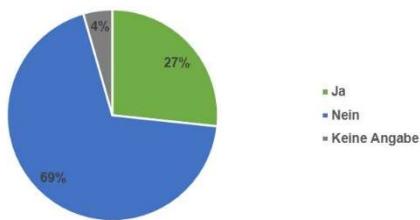


Abbildung 186: Lebensqualität - Bedarf (PfK)

Anhang

Überprüfungsmöglichkeiten der Wirksamkeit eingeleiteter Maßnahmen – Teilnahme an Schulungs- und Fortbildungsmaßnahmen

PfK, ambulante Pflege (n=45)



PfK, stationäre Pflege (n=308)

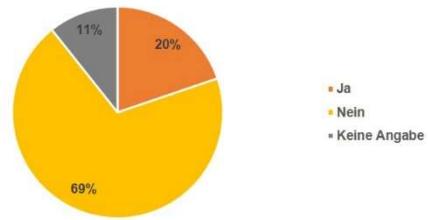
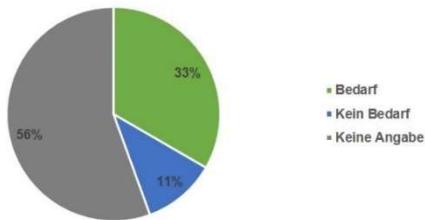


Abbildung 187: Wirksamkeitsprüfung - Teilnahme (PfK)

Überprüfungsmöglichkeiten der Wirksamkeit eingeleiteter Maßnahmen – Bedarf an Schulungs- und Fortbildungsmaßnahmen

PfK, ambulante Pflege (n=45)



PfK, stationäre Pflege (n=308)

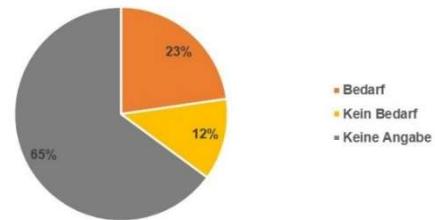


Abbildung 188: Wirksamkeitsprüfung - Bedarf (PfK)

C7: Ist es für Sie wichtig, Schulungs- und Fortbildungsmaßnahmen gemeinsam mit anderen Berufsgruppen zu besuchen?

(N=353 | PfK, ambulante Pflege n=45 | PfK, stationäre Pflege n=308)

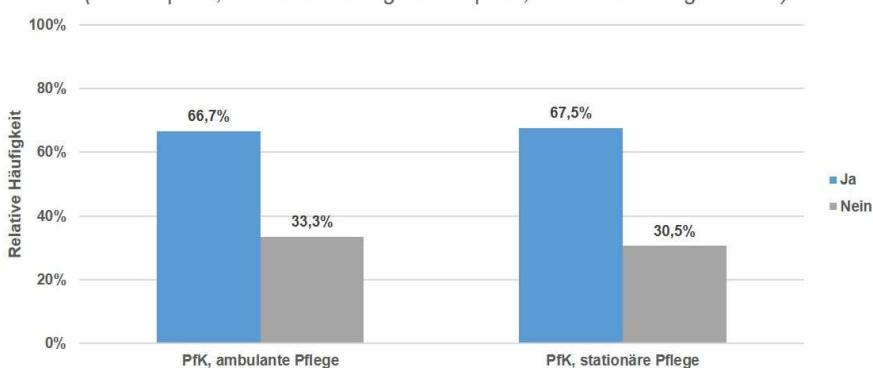


Abbildung 189: Schulungsmaßnahmen mit anderen Berufsgruppen (PfK)

Anhang

Teil D: Zur Person

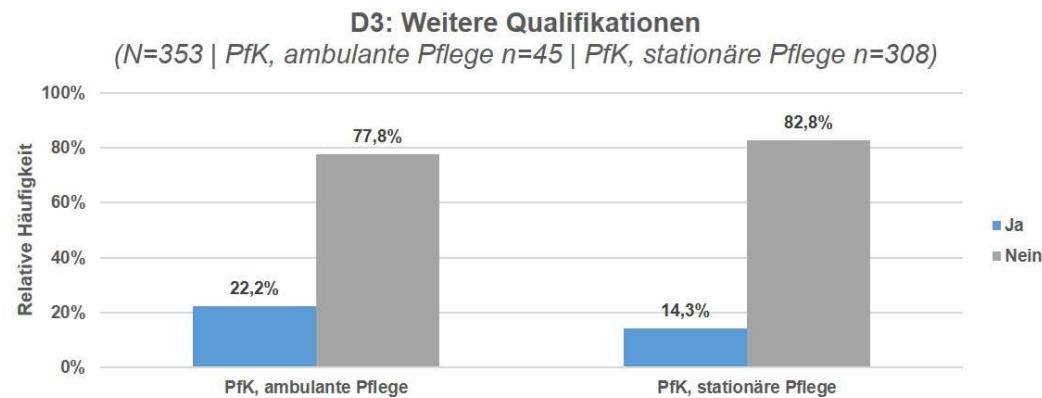


Abbildung 190: Weitere Qualifikationen (PfK)

D5: Mitgliedschaft in einem Wundnetz oder in einer Fachgesellschaft mit dem Schwerpunkt Wundversorgung

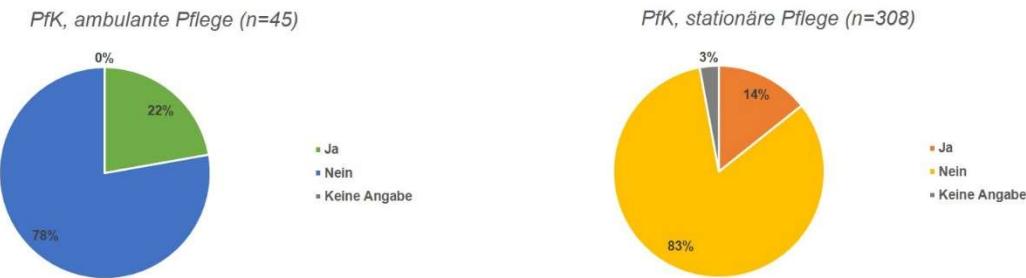


Abbildung 191: Mitgliedschaft (PfK)

D10: In welcher Einrichtung sind Sie als Pflegefachkraft tätig? (N=353 | PfK, ambulante Pflege n=45 | PfK, stationäre Pflege n=308)

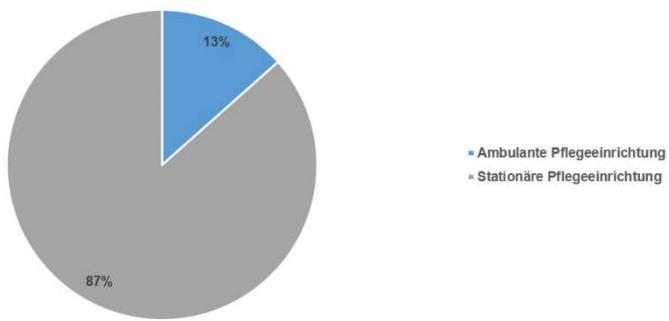


Abbildung 192: Setting (PfK))

Anhang

II.III.IV Ergebnisse der qualitativen Auswertung der Befragung von Pflegefachkräften ambulanter und stationärer Einrichtungen

Pflegefachkräfte_ChroWuSaar

Liste der Codes	Memo	#
Codesystem		596
Wünsche an die zukünftige Zusammenarbeit mit Hausärzten	"[...] Wünsche sind abhängig von den Hausärzten sowohl wunschlos wie auch bessere Zusammenarbeit [...]" (ID: 24)	9
Schnittstellenmanagement	"[...] mehr Kooperation zwischen den Schnittstellen [...]" (ID: 09)	7
Hausarzt - Pflege	"[...] Allgemeine bessere Zusammenarbeit hinsichtlich Wundversorgung, Anordnungen, Verordnungen und dezentraler Beschaffungen der zu verwendeten Wundversorgungsmaterialien [...]" (ID: 6)	29
Gesetzliche Vorgaben	"[...] mehr Verständnis für unsere gesetzlichen Vorgaben [...]" (ID: 19)	3
Diagnosestellung	"[...] Klare Diagnosestellung und deren Vermittlung an alle Beteiligten -> nicht geheim halten in Praxisdokumenten [...]" (ID: 03)	7
Wertschätzung/Vertrauen	"[...] Das Aussagen und Einschätzungen von examinierten Altenpflegern ernst genommen werden [...]" (ID: 01)	28
Verordnungsfähigkeit und -verhalten	"[...] Das Ärzte moderne Wundversorgung rezeptieren und verordnen und sich Wunden ansehen und nicht immer "Ferndiagnosen" stellen [...]" (ID: 10) "[...] Verordnungen sind oft falsch oder unvollständig ausgefüllt. [...]" (ID: 9)	10
Ausstellung von Rezepten	"[...] Rezepte über Hilfsmittel (Kompressen, Verbandmaterial ...) sollten nicht nur nach mehrfacher Aufforderung und in ausreichender Menge ausgestellt werden. Wir bestellen kein Verbandmaterial, um es zu lagern sondern um es zu benutzen. [...]" (ID: 03)	46
Budgetierung	"[...] größeres Budget um eine bestmögliche Wundversorgung zu gewährleisten! [...]" (ID: 02) "[...] Pauschalen für Pflegeheime sinnvoll -> eigene Lagerhaltung [...]" (ID: 12)	16
Sterile Materialien	"[...] Verordnung steriler Verbandmaterialien [...]" (ID: 05)	6
Wundvisiten	"[...] Regelmäßig angemeldete Wundvisiten mit den Wundexperten in Absprache [...]" (ID: 09)	62
Gemeinsame Evaluation	"[...] Evaluation durch Pflegekräfte, Hausarzt, ICW-Fachkräfte [...]" (ID: 07)	3

Anhang

Pflegefachkräfte „ChroWuSaar“

Liste der Codes	Memo	#
Fachliche Expertise	"[...] Leider gibt es Hausärzte/Allgemeinmediziner, deren Wissen, bezüglich der Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden, sehr veraltet ist. Meist gestehen sich, gerade diese Ärzte/Mediziner, ihre Defizite nicht ein, was eine optimale Versorgung der Wunde und des Bewohners/Patienten erschwert oder gar unmöglich macht. Die Defizite, seitens der Hausärzte/Allgemeinmediziner, entstehen durch mangelnde Fort- und Weiterbildungen. Wir wissen leider nicht, ob und welche Möglichkeiten es für Ärzte/Mediziner gibt, sich in diesem Bereich weiterzubilden. Wünschen würden wir uns, dass es auch für Hausärzte/Allgemeinmediziner Pflicht sein sollte, sich über Neuerungen, zu der Versorgung mit chronischen Wunden, zu informieren/weiterzubilden bzw. einem speziell ausgebildeten Wundexperten/-manager/-berater die Aufgabe zur Beurteilung und Versorgung zu übergeben und Empfehlungen anzunehmen. [...]" (ID: 23)	43
Gemeinsame Schulungs- und Fortbildungsveranstaltungen	"[...] mehr Schulungsteilnahmen zum Thema Wundversorgung auch von Ärzten [...]“ (ID: 11) “[...] Schulung- und Fortbildungsmaßnahmen gemeinsam wenn möglich [...]“ (ID: 07)	10
Schnittstellenproblematik in der Versorgung	"[...] keine kontinuierliche Versorgung, jede Institution betreibt ihr eigenes Wundmanagement [...]“ (ID: 01) “[...] jegliche Überleitung unter "ambulanten", "stationären" und untereinander [...]“ (ID: 01)	8
Lieferungsbedingungen	"[...] Lieferungsschwierigkeiten von Verbandmaterial [...]“ (ID: 02)	11
Ärztliche Versorgung	"[...] keine oder seltene Hausbesuche [...]“ (ID: 17)	8
Lange Wartezeiten	"[...] "Die Zeit" nach Krankenhausaufenthalt bis zur ersten Versorgung der Wunde durch den Hausarzt fand ziemlich spät statt. Pat. war kaum informiert und hatte ein Ulcus am Bein, hatte nicht die richtige Verbandmaterialien zur Verfügung und konnte sich finanziell nicht leisten (die Wundmaterialien zu kaufen). Pat. hatte die Wunde eine zeitlang selbst versorgt und hatte immer wieder die gleich verbrauchte Wundmaterialien benutzt, bis zur Verschlechterung der Wunde. [...]“ (ID: 07)	3
Verordnungsverhalten	"[...] Spezielle Wundmaterialien werden am Budgetende nicht mehr verschrieben; keine sterilen Materialien rezeptiert [...]“ (ID: 08)	23
Fachliche Expertise	"[...] Es gibt einen Hausarzt, der egal für welches Wundverhältnis die Behandlung mit Betaisodonna-Salbe im tgl. Wechsel mit Haushaltzucker zum Einreiben bzw. Auftragen auf die Wund anordnet (chronische Wundverhältnisse). Es bedarf jedes Mal eines "Kampfes", um moderne zeitgemäße Wundversorgungsmaterialien auf Kassenrezept zu erhalten [...]“ (ID: 03)	22

Anhang

Pflegefachkräfte „ChroWuSaar“

Liste der Codes	Memo	#
Zusammenarbeit Hausarzt und Pflege	"[...] Bei einer Bew. Übernahm ausschließlich die behandelnde Hausärztin die VV. Bei uns im Pflegeheim war keine Dokumentation darüber hinterlegt und die Ärztin meldete sich nie beim Pflegepersonal. Wir hatten keinerlei Infos über aktuelle Wunddaten, Versorgung etc. Die Bew. entfernte sich selbst den Verband und Ärztin war nicht erreichbar, so mussten wir Pflegekräfte den Verband erneuern; nach welcher ärztlichen Anordnung? [...] (ID: 03)"	13
Einbezug von Fachärzten	"[...] zu wenig Fachärzte, die in stationären Einrichtungen Patienten betreuen [...]" (ID: 02)	5
Urlaubszeit	"[...] z. B. Hausarzt Urlaub --> bei Weiterversorgung durch Vertretung [...]" (ID: 08)	2
Fehlendes Krankheitsverständnis	"[...] Mangelnde Compliance der Bewohner [...]" (ID: 04)	1
Angehörige	"[...] Angehörige, denen medizinisches Verständnis fehlt [...] " (ID: 06)	2
Patienten	"[...] Patient ging nicht regelmäßig zum Hausarzt wegen Kontrolle und bekam nicht rechtzeitig Verordnung [...]" (ID: 05) "[...] Zu einem Versorgungsbruch kommt oft bei einige privat Versicherte Kunden, die nicht immer Verbandmaterial (teiweise sehr teuer) bezahlen können [...] " (ID: 01)	4
Verlegung/Rückverlegung Krankenhaus	"[...] Verlegung bzw. Rückverlegung ins Krankenhaus [...]" (ID: 21)	15
Fehlende Verbandmaterialien	"[...] Nach Krankenhaus kein Verbandmaterial vor Ort - bzw. kein entsprechendes. Der Versorgungsweg dauert zu lange --> Versichertenkarte zum Hausarzt - Verordnung - Rezept in die Einrichtung - Bestellung beim Versorger - Lieferung --> teilweise bis zu 4 Tagen [...]" (ID: 12)	19
Änderung der Therapie	"[...] Einweisung Krankenhaus, Wundzustand zeigte Heilungsprozess, nach Krankenaufenthalt zeigte sich Verschlechterung und völlig neue Wundtherapie [...] " (ID: 06)	10
Überleitung/Dokumentation	"[...] Keine Informationsweitergabe bzgl. der Wunde nach KH-Aufenthalt seitens des Krankenhauses, keine Anordnung [...]" (ID: 07)	38
Entlassung am Wochenende	"[...] Patienten werden freitagnachmittag aus Krankenhaus entlassen ohne Verbandmaterial. Apotheken geben teure Verbandstoffe ohne Rezept nicht aus. Hausärzte schließen ab 12.00 bzw. 15.00 Uhr vor dem Wochenende somit bekommt der Patient keine Rezepte bei (leider passiert das in 3 von 4 Fällen) [...]" (ID: 02)	5
Gemeinsame Fortbildungen mit folgenden Berufsgruppen	"[...] alle an der Wundversorgung beteiligten [...]" (ID: 13)	1
Externe Wundmanager/-in	"[...] Wundmanagerin [...]" (ID: 15)	5
Ergotherapeut/-in	"[...] Ergotherapeuten [...]" (ID: 03)	1
Chirurg/-in	"[...] Chirurgen [...]" (ID: 15)	1
Spezifische Qualifikation in der Wundversorgung	Spezifische Wundqualifikation	1

Désirée Schäfer

3/5

Anhang

Pflegefachkräfte ChroWuSaar

Liste der Codes	Memo	#
Fachkraft Intensiv- und Anästhesiepflege	"[...] Fachkraft für außerklinische Intensivpflege [...]" (ID: 05)	1
Hygiene	"[...] Hygienebeauftragter TÜV [...]" (ID: 04)	1
Palliative Care	"[...] Fachkrankenschwester Onko, Schmerz, Palliativ und Hospiz [...]" (ID: 08)	1
Schmerzassistent/-in Mundipharma	"[...] Basiskurs Schmerzassistent/in Mundipharma [...]" (ID: 07)	1
Management	"[...] STL, PDL, EL [...]" (ID: 18)	1
Einrichtungsleitung	"[...] EL [...]" (ID: 18)	1
Pflegedienstleitung	"[...] PDL [...]" (ID: 18)	1
Stationsleitung	"[...] SL [...]" (ID: 18)	1
Geriatrie	"[...] Gerontopsychiatrische Fachkraft [...]" (ID: 23)	1
Pädagogik und Didaktik	"[...] Praxisanleiter [...]" (ID: 02)	0
Pflegeberater/-in		1
Praxisanleiter/-in		2
Ernährung und Ausscheidung	"[...] Ernährungs- und Kontinenzberater [...]" (ID: 02)	0
Sonstiges		1
Ernährungs- und Kontinenzberater		1
Wundexpertise	"[...] Pflegeexpertin Dekubitus (2002, also nicht mehr auf dem neuesten Stand) [...]" (ID: 08)	1
Wundexpert/-in DEKRA	"[...] Wundexperte DEKRA [...]" (ID: 15)	3
Moderne Wundversorgung (Firma Fresenius)	"[...] Pflegefachkraft für professionelle Wundversorgung durch Fa. Fresenius [...]" (ID: 11)	1
Pflegeexpert/-in Dekubitus	"[...] Dekubitusexpertin 2002 [...]" (ID: 19)	3
Sonstige Fortbildung in Wundversorgung	"[...] Fortbildungen im Bereich Wundversorgung [...]" (ID: 01)	3
Prozentuale Anstellung in der Einrichtung	Zu wie viel Prozent sind Sie in der Einrichtung angestellt?	1
21 bis 30%	"[...] 30% [...]" (ID: 08)	1
51 bis 60%	"[...] 63% [...]" (ID: 11)	1
61 bis 70%	"[...] 63% [...]" (ID: 11)	1
71 bis 80%	"[...] 80% [...]" (ID: 04)	4
81 bis 90%	"[...] 87% [...]" (ID: 04)	3
91 bis 100%	"[...] 93% [...]" (ID: 39)	2
Instrumente zur Einschätzung der Ernährungssituation	Welche Instrumente verwenden Sie zur Einschätzung der Ernährungssituation?	1
PEMU	"[...] PEMU Screening and Assessment [...]" (ID: 16)	6
Ein- und Ausfuhrprotokoll	"[...] Miktionsprotokoll [...]" (ID: 12)	2
PAL Aktivitätsfaktor	"[...] PAL Aktivitätsfaktor [...]" (ID: 10)	1
Anamnese	"[...] Befragen des Bewohners [...]" (ID: 06)	1

Anhang

Pflegefachkräfte „ChroWuSaar“

Liste der Codes	Memo	#
Sonstiges	"[...] Ernährungsmanagementrisikoeinschätzung [...] " (ID: 09)	2
Instrumente zur Einschätzung der Schmerzsituation	Welche Instrumente verwenden Sie zur Einschätzung und Analyse der Schmerzsituation?	1
BESD	"[...] BESD [...] " (ID: 03)	11
ZOPA	"[...] ZOPA [...] " (ID: 02)	1
Pain Aid	"[...] Pain Aid [...] " (ID: 05)	1
Schmerzeinschätzung durch Godo	"[...] Schmerzeinschätzung durch Godo [...] " (ID: 01)	1
Herzensangelegenheit	"[...] Professionalität der Pflege in stationären Einrichtungen überhaupt [...] " (ID: 12)	2
Positive Erfahrungen	"[...] An meinem Arbeitsplatz wird sehr viel Wert auf eine gute Wundversorgung gelegt. Unklarheiten und Fragen werden sofort aufgegriffen und im Team besprochen. Unser Chef nimmt seine Funktion als Wundexperte sehr ernst. Ich fühle mich mit fachlichen Fragen nie allein gelassen. [...] " (ID: 09)	3
Menschen mit Demenz	"[...] Versorgung von Wunden bei Demenzkranken Menschen [...] " (ID: 20)	3
Schulungs- und Fortbildungsangebote	"[...] Was grundsätzlich sehr notwendig ist eine ständige Fort- und Weiterbildung gleichmäßigen Abständen durchgeführt werden sollte. [...] " (ID: 07)	12
Stand von Auszubildenden in der Pflege	"[...] Wundversorgung müsste in der Ausbildung einen höheren Stellenwert haben, Schüler sind oft mangelhaft geschult auch in Bezug auf Verbandhygiene [...] " (ID: 09)	2
Wundversorgung	"[...] Vereinheitlichung der Wundversorgung (z.B. bei Dekubitus Grad 1, Grad 3 ...) erleichtere die Zusammenarbeit innerhalb der Berufsgruppen und Institutionen [...] " (ID: 06)	5
Personal	"[...] mehr Personal [...] " (ID: 05)	2
Vergütung	"[...] Vergütung bei der Wundversorgung entspricht nicht dem Arbeitsaufwand [...] " (ID: 01)	3
Belastung für Familien	"[...] der Kostenaufwand für diese Menschen [...] " (ID: 10)	1
Zeit	"[...] Der Zeitaufwand ist enorm aber die Zeitvorgabe Katastrophe! [...] " (ID: 12)	4
Hygiene	"[...] Ein steriler Verbandwechsel braucht ausreichend Zeit, die meistens nicht vorhanden ist! [...] (ID: 11) "[...] im ambulanten Dienst stellt die fachgerechte Versorgung der Wunde oft ein Problem dar. [...] " (ID: 09)	5
Interprofessionelle Zusammenarbeit	"[...] Mehr Interesse seitens der Fachärzte Patienten in stationären Einrichtungen zu versorgen. Größeres Budget; viel mehr Hausbesuche und Zusammenarbeit mit Mitarbeiter in der Pflege! [...] " (ID: 02) "[...] Zusammenarbeit aller Berufsgruppen, Angehörige und Sonstigen mit den Bewohnern zur Verbindung stehenden Personen [...] " (ID: 19)	6
Beratung	"[...] Stützpunkte für Beratung [...] " (ID: 03)	5

Désirée Schäfer

5/5

Anhang

II.IV Dokumente für Pflegedienstleitungen ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen

II.IV.I Anschreiben

Sehr geehrte Damen,
sehr geehrte Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

wir möchten Sie heute herzlich einladen, sich an einer Stichtagserhebung zu beteiligen, die vom Zentrum Allgemeinmedizin der Universität des Saarlandes durchgeführt wird.

Diese **Online-Erhebung** stellt eine Säule der Studie "Die Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden im Saarland" (ChroWuSaar) dar.

Die Fragebogenerhebung für Pflegedienstleitungen, Einrichtungsleitungen oder Geschäftsführungen (ggf. deren ausgewählte Vertreter) findet am **29. April 2016** statt.

Der unten stehende Hyperlink zum Fragebogen (inklusive Zugangsschlüssel) ist bis 24.00 Uhr freigeschaltet. Für die Bearbeitung des Fragebogens können circa 20 Minuten eingeplant werden.

Vielen Dank.

Mit freundlichen Grüßen,

Désirée Schäfer
Wissenschaftliche Mitarbeiterin (M.Sc.)
T +49 - (0) 68 41 - 16 - 2 68 05
F +49 - (0) 68 41 - 16 - 2 68 10
Desiree.Schaefer@uks.eu
Zentrum Allgemeinmedizin
Geb. 80.2
66421 Homburg/Saar

Klicken Sie hier um die Umfrage zu starten:
{SURVEYURL}

Ihr Zugangsschlüssel:
{TOKEN}

Wenn Sie an diese Umfrage nicht teilnehmen möchten, klicken Sie bitte auf den folgenden Link:
{OPTOUTURL}

Wenn Sie geblockt sind, jedoch wieder teilnehmen möchten, klicken Sie bitte auf den folgenden Link:
{OPTINURL}

Anhang

II.IV.II Fragebogen zur Stichtagserhebung



Sehr geehrte Damen, sehr geehrte Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

wir möchten Sie herzlich einladen, sich an einer Studie zu beteiligen, die vom Zentrum Allgemeinmedizin der Universität des Saarlandes durchgeführt wird. Sie trägt den Titel:

"Die Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden im Saarland" (ChroWuSaar)

Das Ziel der Forschungsarbeit ist, die Versorgungsstrukturen von Menschen mit chronischen Wunden in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen mit Blick auf die hausärztliche Zusammenarbeit zu untersuchen. Die Stichtagserhebung findet saarlandweit am 29. April 2016 statt.

Für die Bearbeitung des Fragebogens können circa 20 Minuten eingeplant werden. Ihre Angaben sind pseudonymisiert.

Sie haben jederzeit die Möglichkeit den Online-Fragebogen zu verlassen und zu einem späteren Zeitpunkt wieder in die Fragen einzusteigen.

Die Teilnahme ist freiwillig.

Gerne können Sie sich an der Studie beteiligen und die Entwicklung im saarländischen Pflege- und Gesundheitswesen mitgestalten. Die Ergebnisse der Studie werden in anonymisierter Form im Jahr 2017 präsentiert. Eine Einladung hierzu wird Ihnen zeitnah postalisch zugehen.

Herzlichen Dank!

Ihre Désirée Schäfer und Ihr Johannes Jager

Zentrum Allgemeinmedizin der Medizinischen Fakultät Universität des Saarlandes
Gebäude 80.2 66421 Homburg/Saar Telefon: 06841/1626805 E-Mail:
Desiree.Schaefer@uks.eu

Kurzinformation: Bei dieser Studie handelt es sich um eine Dissertationsarbeit. Wir garantieren Ihnen unsere Industrie- und Wirtschaftsunabhängigkeit.

Die Arbeit wird betreut durch: Herrn Professor Dr. med. Johannes Jager | Universität des Saarlandes | E-Mail: Johannes.Jaeger@uks.eu | Telefon: 06841/ 1626800 und Frau Professorin Dr. phil. Susanne Grundke | Hochschule für Technik und Wirtschaft des Saarlandes | E-Mail: susanne.grundke@htwsaar.de | Telefon: 0681/ 5867751



Teil A: Versorgungsstruktur

Um interessiert, wie sich die aktuelle Versorgungsstruktur von Menschen mit chronischen Wunden in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen im Saarland darstellt.

A1. In welchem Setting sind Sie tätig?

Ambulante Pflegeeinrichtung

Stationäre Pflegeeinrichtung

A2. Wie viele Mitarbeiter sind in Ihrer Pflegeeinrichtung beschäftigt?
(Bitte Angabe der absoluten Anzahl)

--	--	--	--

A3. Davon weisen wie viele Mitarbeiter folgende Qualifikation nach?
(Bitte Angabe der absoluten Anzahl)

Altenpfleger/-in

Gesundheits- und Krankenpfleger/-in, Krankenpfleger/-in

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin, Kinderkrankenpfleger/-in

Sonstiges

Sonstiges

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

A4. Steht Ihrer Pflegeeinrichtung intern speziell ausgebildetes Fachpersonal für Wundversorgung zur Verfügung?

Ja

Nein

A5. Um welche Art des Fachpersonals handelt es sich hierbei?

Wundexperte ® | Initiative Chronische Wunden (ICW)

Fachtherapeut Wunde ® | Initiative Chronische Wunden (ICW)

Pflegetherapeut Wunde ® | Initiative Chronische Wunden (ICW)

Wundassistent - WAcert® | Deutsche Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung (DGfW)

Wundtherapeut - WAcert® | Deutsche Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung (DGfW)

Pflegeexperten Stoma, Kontinenz und Wunde | Fachgesellschaft Stoma, Kontinenz und Wunde e.V.

Wunddiagnostik und Wundmanagement ® (WDW®) | Österreichische Gesellschaft für vaskuläre Pflege (ÖGVP)

Basisseminar "Wundmanagement" | Österreichische Gesellschaft für vaskuläre Pflege (ÖGVP)
Palliative Care Fachkraft

Master of Advanced Studies FH in Wound Care | Master of Advanced Studies FH in Wound Care

Dipl. Wundexperten/-in SAfW | Swiss Association for Wound Care (SAfW)

Wundbehandlungsseminar SAfW/H+ | Swiss Association for Wound Care (SAfW)

Anhang



Palliative Care Fachkraft | Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin

Pain Nurse - Schmerzmanagement in der Pflege

Sonstige

- A6. Wie viele Patienten/Bewohner betreuen Sie in Ihrer Pflegeeinrichtung? (Bitte Angabe der absoluten Anzahl)

<input type="text"/>				
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

- A7. Wie viele Patienten/Bewohner mit chronischen Wunden versorgen Sie momentan in Ihrer Pflegeeinrichtung? (Bitte Angabe der absoluten Zahl)

Stand Februar 2015

<input type="text"/>				
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

- A8. Davon weisen wie viele Patienten/Bewohner folgende chronische Wunden auf?

Ulcus cruris venosum

Ulcus cruris arteriosum

Ulcus cruris mixtum

Ulcus cruris, unbekannter Genese

Dekubitus Grad 1 (nach EPUAP)

Dekubitus Grad 2 (nach EPUAP)

Dekubitus Grad 3 (nach EPUAP)

Dekubitus Grad 4 (nach EPUAP)

Diabetisches Fußsyndrom

Sonstiges

Sonstiges

<input type="text"/>							
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

- A9. Haben Sie Ansprechpartner, die Ihnen bei der Entscheidung für eine geeignete Wundtherapie bei Menschen mit chronischen Wunden als Unterstützung dienen?

Ja

Nein

- A10. Wer zahlt zu den Ansprechpartnern, die Sie und Ihre Mitarbeiter in Überlegungen zu einer geeigneten Wundbehandlung von Menschen mit chronischen Wunden beraten?

Medizinische Fachangestellte

Hausärzte

Anhang



- Andere Fachärzte (z.B. Dermatologen, Phlebologen, Chirurgen)
- Vetreter der Saarländischen Pflegegesellschaft
- Vetreter der Kassenärztlichen Vereinigung
- Vetreter des Wundnetzes Saar e.V.
- Externe Wundmanager
- Vetreter von Homecare-Unternehmen
- Sonstiges

Sonstiges

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- A11. Wer trifft im Allgemeinen die Entscheidung darüber, welche Materialien in der Wundversorgung bei Menschen mit chronischen Wunden eingesetzt werden?

- Hausarzt
- Medizinische Fachangestellte
- Pflegefachkräfte
- Kostenträger (Krankenkassen)
- Externe Wundmanager
- Vetreter von Homecare-Unternehmen
- Sonstiges

Sonstiges

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



Teil B: Kommunikation zwischen Pflege und Hausarzt

Mit den folgenden Fragen möchten wir erfahren, wie Sie die Zusammenarbeit zwischen dem Hausarzt des Patienten/Bewohners und Ihren angestellten Pflegefachkräften beurteilen.

- B1. Wie bewerten Sie im Allgemeinen die Zusammenarbeit mit Hausärzten im Bereich Wundversorgung?

1 (sehr gut)

2 (gut)

3 (befriedigend)

4 (zureichend)

5 (mangelhaft)

1

2

3

4

5

- B2. Mit wie vielen Hausärzten arbeiten Sie im Bereich Wundversorgung von Menschen mit chronischen Wunden zusammen? (Bitte Angabe der absoluten Anzahl)

<input type="text"/>				
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

- B3. Besteht in der Regel eine vorausschauende Planung für die Wundtherapie mit dem verantwortlichen Hausarzt?

ja

nein

- B4. In welcher Form kommunizieren Sie die Wundversorgung und -therapie des Patienten/Bewohner mit dem zuständigen Hausarzt?

persönlich

per Telefon

per E-Mail

per Fax

Sonstiges

Sonstiges

<input type="text"/>									
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Anhang



B5. Was würden Sie sich für die weitere Zusammenarbeit mit Hausärzten in der Wundversorgung wünschen?

B6. Haben Sie in Ihrer Position miterlebt, dass es in der Versorgung von Patienten/Bewohnern mit chronischen Wunden zu Prozessbrüchen und/oder Versorgungslücken im Gesundheitswesen kam?

Prozessbrüche und/oder Versorgungslücken im Gesundheitswesen können folgende Gruppen und/oder Personen betreffen: Patient/Bewohner, Familienangehörige, Gesundheitszustand, Kostensträger, Helfer, Leistungserbringer, Entscheidungsträger, Organisation, System, Netzwerk, Berufsgruppen, Profession, Regulieren/Vorschriften, Community/Gemeinschaften

Ja
Nein

B7. In welcher Situation kam es nach Ihrer Ansicht in der Patienten/Bewohner-Versorgung zu Prozessbrüchen und/oder Versorgungslücken im Gesundheitswesen bei Menschen mit chronischen Wunden? Bitte beschreiben Sie kurz Ihre erlebte Situation. Vielen Dank.



Teil C: Einschätzung von wund- und therapiebedingter Einschränkungen

Jede chronische Wunde und deren Therapie beeinträchtigt das soziale Leben des Patienten als auch dessen Angehörige.

Uns interessiert, inwieweit Sie den Expertenstandard "Pflege von Menschen mit chronischen Wunden" des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) auf Ihre Einrichtung adaptiert haben.

- C1. Liegt in Ihrer Pflegeeinrichtung eine intra- und interprofessionell geltende Verfahrensregelung zur Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden vor?

Hierbei handelt es sich um eine Verfahrensregelung, die folgende Punkte enthalten soll:

Zielgruppenspezifische Zuverlässigkeit und -Gültigkeit der berufsgruppeninternen und -übergreifenden Zusammenarbeit Zuständigkeit für die spezifische Diagnosestellung und Therapieentscheidung Art und Einsatz von Verbandstoffen/Hilfsmittel Zuständigkeit für die Koordination des Versorgungsprozesses

Ja
Nein

- C2. Liegen Ihren Mitarbeitern - in Ihrer Pflegeeinrichtung - zielgruppenspezifische Einschätzinstrumente vor?

Zielgruppenspezifische Einschätzinstrumente sind zum Beispiel:

Allgemeine Klassifikationen für ärztliche Wunddiagnose Klassifikation Desmoflas Klassifikation der chronisch-venösen Insuffizienz Klassifikation Diabetisches Fußsyndrom Fragebogen zur Erfassung der Lebensqualität

Ja
Nein

- C3. Stehen Ihren Mitarbeitern - in Ihrer Pflegeeinrichtung - Materialien für einen hygienischen Verbandwechsel zur Verfügung?

Dazu gehören u.a.:

Desinfektionsmittel sterile Instrumente Schutzkleidung

Ja
Nein



- C4. Stehen Ihnen Mitarbeitern - in Ihrer Pflegeeinrichtung - erforderliche Materialien zu Beratung, Schulung und Anleitung von Menschen mit chronischen Wunden zur Verfügung?

Verschiedenste Materialien wie zum Beispiel:

Broschüren Literaturlisten Filme

Ja	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>

Teil D: Schulungs- und Fortbildungsbedarfe

Wir sind daran interessiert, in welchem Umfang Sie in den letzten 24 Monaten Schulungs- und Fortbildungmaßnahmen Ihren Mitarbeitern angeboten haben und zu welchen Themen Sie weiteren Schulungsbedarf sehen.

- D1. Haben Sie Ihren Mitarbeitern in den letzten 24 Monaten - durch interne oder externe Experten - eine Fortbildung zu:

"Einschätzung von wund- und therapiebedingten Einschränkungen" angeboten?

Sehen Sie weiteren Bedarf?

z. B.: Umgang mit Einschätzungsinstrumenten, Kriterien für die pflegerische Wundanamnese, Arten von wund- und therapiebedingten Einschränkungen (z. B. Mobilitäts einschränkungen, Schmerzen ...)

Ja	Nein
Fortbildung angeboten	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Weiterer Bedarf vorhanden	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

- D2. Haben Sie Ihren Mitarbeitern in den letzten 24 Monaten - durch interne oder externe Experten - eine Fortbildung zu:

"Krankheitsspezifische Maßnahmen zur Behandlung wundbedingter Einschränkungen" angeboten?

Sehen Sie weiteren Bedarf?

z. B.: Druckentlastung bei Dekubitus und/oder Diabetischem Fußulcus, Bewegungsförderung bei Diabetischem Fußulcus und/oder Ulcus cruris venosum und mixtum, Kompressionstherapie, Ernährung, Umgang mit Schmerzen, Wundgeruch, Wundensudor

Ja	Nein
Fortbildung angeboten	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Anhang



Weiterer Bedarf vorhanden Ja Nein
 —

- D3. Haben Sie Ihren Mitarbeitern in den letzten 24 Monaten - durch interne oder externe Experten - eine Fortbildung zu:

"Wundversorgung" angeboten?

Sehen Sie weiteren Bedarf?

z. B. Infektionsprophylaxe, Umgang mit sterilen Materialien und speziellen Wandauflagen, Techniken und Wandsplätzungen und Umgang mit sterilen Spülungen, Dokumentation und Evaluation der Wundversorgung

Fortbildung angeboten Ja Nein
 —
Weiterer Bedarf vorhanden Ja Nein
 —

- D4.

Haben Sie Ihren Mitarbeitern in den letzten 24 Monaten - durch interne oder externe Experten - eine Fortbildung zu: "Beratung, Schulung und Anleitung sowie Forderung des gesundheitsbezogenen Selbstmanagements" angeboten?

Sehen Sie weiteren Bedarf?

z. B. Gesprächsführung, Umgang mit schriftlichem Material, Lernformen und Lerntypen, spezielle Beratungs- und Schulungsinhalte

Fortbildung angeboten Ja Nein
 —
Weiterer Bedarf vorhanden Ja Nein
 —

Anhang



D5. Haben Sie Ihren Mitarbeitern in den letzten 24 Monaten - durch interne oder externe Experten - eine Fortbildung zu:

"Beurteilung von Wundheilungsverläufen" angeboten?

Sehen Sie weiteren Bedarf?

z. B. Wundheilungsstadien, Beschreibung von Wundaufläden, Zeichen für Verschlechterungen oder Komplikationen

	Ja	Nein
Fortbildung angeboten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weiterer Bedarf vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D6. Haben Sie Ihren Mitarbeitern in den letzten 24 Monaten - durch interne oder externe Experten - eine Fortbildung zu:

"Beurteilung der Effektivität von Maßnahmen zur Minimierung wund- und therapiebedingter Einschränkungen" angeboten?

Sehen Sie weiteren Bedarf?

z.B. Verlaufsbeschreibungen, Erkennen von Anzeichen für eine Verbesserung der Lebensqualität, Überprüfungsmöglichkeiten der Wirksumkeit eingesetzten Maßnahmen

	Ja	Nein
Fortbildung angeboten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weiterer Bedarf vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D7. Durch welche internen oder externen Experten wurden die Schulungs- und Fortbildungsmaßnahmen im Bereich Wundversorgung durchgeführt?

- Hausinterne Wundexperten (z. B. nach ICW, DEKRA, DGfW)
- Mitarbeiter des Qualitätsmanagements
- Mitarbeiter der Stabsstelle Pflegeentwicklung
- Externe Wundmanager
- Vetreter von Homecare-Unternehmen
- Fachärzte (z. B. Chirurgen, Diabetologen, Hausärzte)
- Vetreter von Fachgesellschaften (z. B. DGfW oder ICW)

Anhang



Sonstiges

Sonstiges

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

D8. Ist es für Sie wichtig, die Schulungs- und Fortbildungsmaßnahmen gemeinsam mit anderen Berufsgruppen zu ermöglichen?

Ja

Nein

D9. Wenn ja, mit welchen Berufsgruppen?

Hausärzte

Internisten

Apotheker

Diabetologen

Phlebologen

Diabetikerberater

Heilpraktiker

Medizinische Fachangestellte (MfA)

Physiotherapeut

Orthopädie-Techniker

Orthopädie-Schuhmacher

Bandagist

Ernährungsberater

Podologen

Chirurgisch technischer Assistent (CTA)

Chirurgisch operativer Assistent (COA)

Sonstige

Teil E: Fragen zu Ihrer Person

Geme werden wir einige Daten zu Ihrer Person als Führungskraft erfahren.

E1. Welcher Trägerschaft gehört Ihre Pflegeeinrichtung an?

Privat

Freigemeinnützig (freie Wohlfahrtspflege, Sonstige)

Öffentlich (kommunale Träger)

Anhang



E2. In welchem Zuständigkeitsbereich sind Sie in Ihrer Pflegeeinrichtung tätig?

Pflegedienstleitung

Stellv. Pflegedienstleitung

Einrichtungsleitung/Hausleitung

Stellv. Einrichtungsleitung/Hausleitung

Geschäftsleitung

Stellv. Geschäftsleitung

Qualitätsmanagement

Wundmanagement

Praxisanleitung

Stabsstelle Pflegeentwicklung

Sonstiges

Sonstiges

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

E3. Seit wie vielen Jahren sind Sie in Ihrer Pflegeeinrichtung tätig? (Bitte Angabe der absoluten Zahl)

--	--	--	--	--

E4. Welches Geschlecht haben Sie?

weiblich

mannlich

E5. Liegt Ihnen noch etwas auf dem Herzen, was Sie uns mitteilen möchten? Haben wir Sie etwas nicht gefragt, was Sie in der Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden als wichtig erachten?

Hier können Sie Ihre Meinung in das Textfeld eintragen.

--

Anhang



E6. In welchem Landkreis sind Sie tätig?

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| Merzig-Wadern | <input type="checkbox"/> |
| Neunkirchen | <input type="checkbox"/> |
| Stadtverband Saarbrücken | <input type="checkbox"/> |
| Saarbrücken | <input type="checkbox"/> |
| Saarland-Kreis | <input type="checkbox"/> |
| St. Wendel | <input type="checkbox"/> |

Herzlichen Dank für Ihre Zeit und Unterstützung!

Bei Fragen und Anmerkungen können Sie sich jederzeit an mich wenden:

Désirée Schäfer (M.Sc.) Zentrum Allgemeinmedizin der Medizinischen Fakultät
Universität des Saarlandes Gebäude 80.2 66421 Homburg/Saar T +49 - (0) 68 41 - 16
- 2 68 05 F +49 - (0) 68 41 - 16 - 2 68 10 Desirée.Schaefer@uks.eu

Anhang

II.IV.III Ergebnisse der quantitativen Auswertung der Befragung von Pflegedienstleistungen ambulanter und stationärer Einrichtungen

Teil A: Versorgungsstruktur

A1: In welchem Setting sind Sie tätig?
(N=44 | PDL, ambulante Pflege n=15 | PDL, stationäre Pflege n=29)

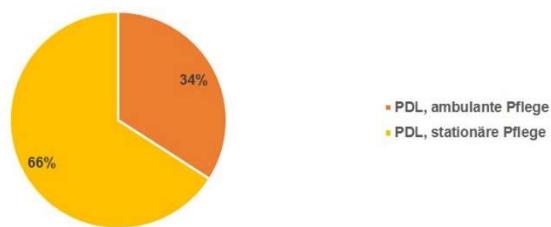


Abbildung 193: Setting (PDL)

A4: Steht Ihrer Pflegeeinrichtung intern speziell ausgebildetes Fachpersonal für Wundversorgung zur Verfügung?
(N=44 | PDL, ambulante Pflege n=15 | PDL, stationäre Pflege n=29)

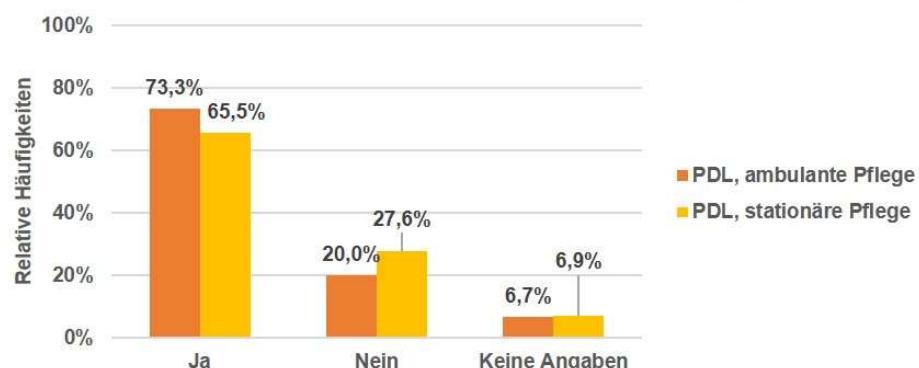


Abbildung 194: Fachpersonal (PDL)

A9: Haben Sie Ansprechpartner, die Ihnen bei der Entscheidung für eine geeignete Wundtherapie bei Menschen mit chronischen Wunden als Unterstützung dienen?
(N=44 | PDL, ambulante Pflege n=15 | PDL, stationäre Pflege n=29)

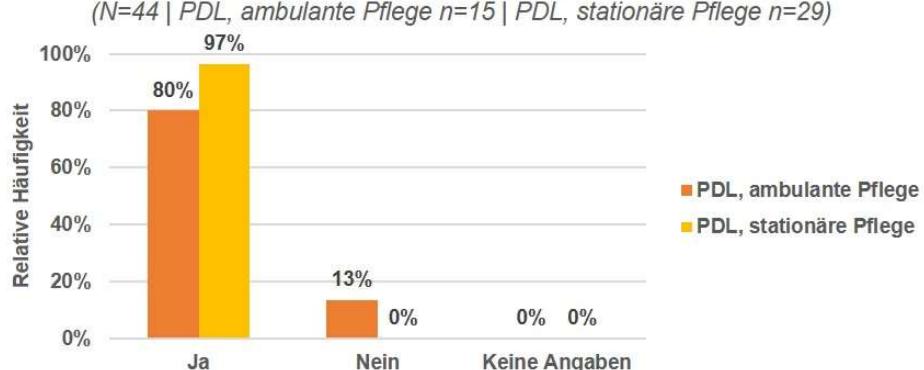


Abbildung 195: Ansprechpartner in Entscheidungsprozessen (PDL)

Anhang

Teil B: Kommunikation zwischen Pflege und Hausarzt

B4: In welcher Form kommunizieren Sie in der Wundversorgung und -therapie des Patienten/Bewohners mit dem zuständigen Hausarzt?
(N=44 | PDL, ambulante Pflege n=15 | PDL, stationäre Pflege n=29)

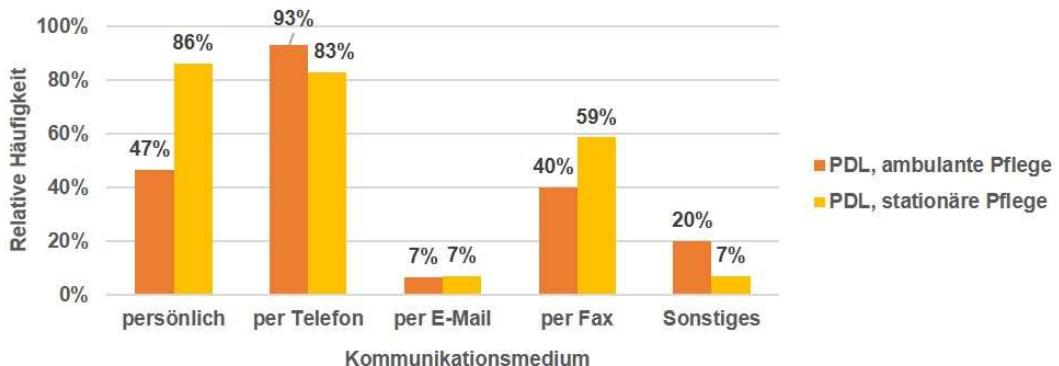


Abbildung 196: Kommunikationsform (PDL)

B6: Haben Sie in Ihrer Position miterlebt, dass es in der Versorgung von Patienten/Bewohnern mit chronischen Wunden zu Prozessbrüchen und/oder Versorgungslücken im Gesundheitswesen kam?
(N=44 | PDL, ambulante Pflege n=15 | PDL, stationäre Pflege n=29)

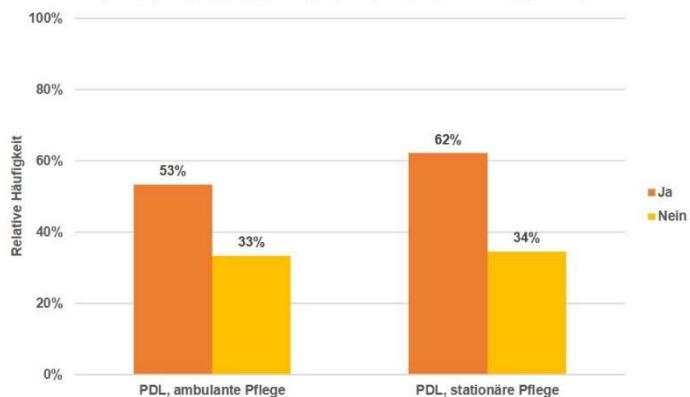


Abbildung 197: Prozessbrüche (PDL)

Teil C: Einschätzung von wund- und therapiebedingten Einschränkungen

C1: Liegt in Ihrer Pflegeeinrichtung eine intra- und interprofessionell geltende Verfahrensregelung zur Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden vor?
(N=44 | PDL, ambulante Pflege n=15 | PDL, stationäre Pflege n=29)

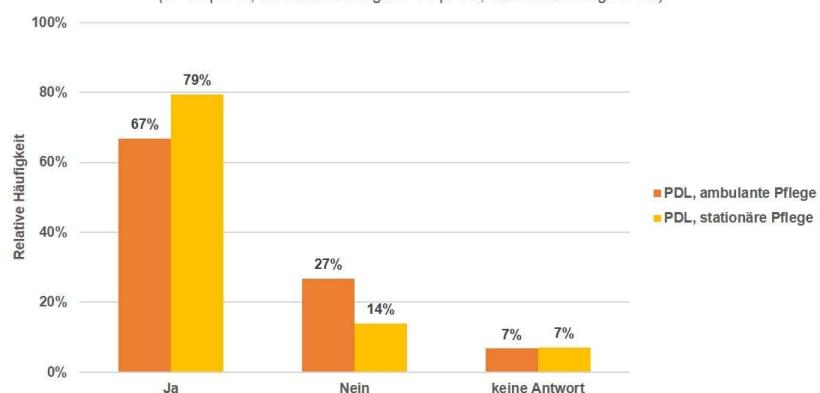


Abbildung 198: Intra- und interprofessionelle Verfahrensregelung (PDL)

Anhang

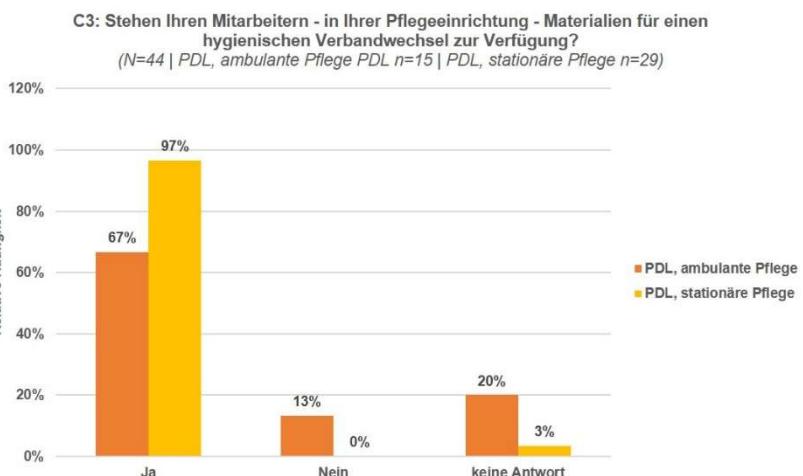


Abbildung 199: Materialien für hygienischen Verbandwechsel (PDL)

Teil D: Schulungs- und Fortbildungsbedarfe

D3: Haben Sie Ihren Mitarbeitern in den letzten 24 Monaten – durch interne oder externe Experten – eine Fortbildung zu: „Wundversorgung“ angeboten? (N=44)

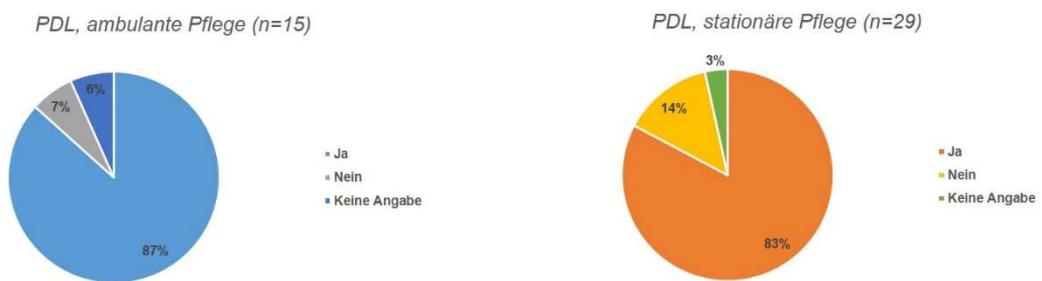


Abbildung 200: Fortbildungsangebot zu "Wundversorgung" (PDL)

Zu D3: Sehen Sie weiteren Bedarf? (N= 44)

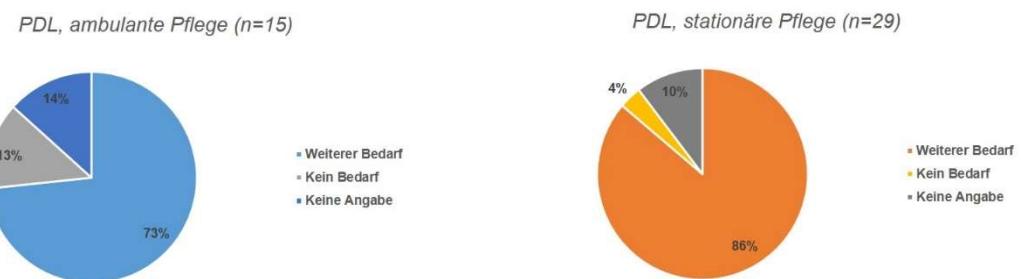
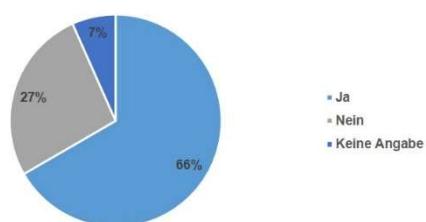


Abbildung 201: Fortbildungsbedarf zu "Wundversorgung" (PDL)

Anhang

D5: Haben Sie Ihren Mitarbeitern in den letzten 24 Monaten – durch interne oder externe Experten – eine Fortbildung zu: „Beurteilung von Wundheilungsverläufen“ angeboten? (N= 44)

PDL, ambulante Pflege (n=15)



PDL, stationäre Pflege (n=29)

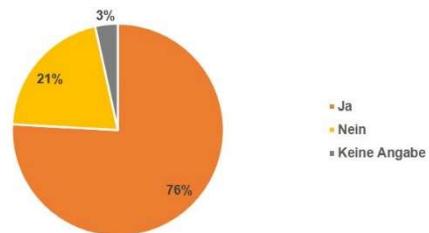
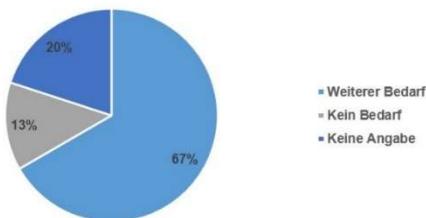


Abbildung 202: Fortbildungsangebot zu Beurteilung von Wundheilungsverläufen“ (PDL)

Zu D5: Sehen Sie weiteren Bedarf??(N= 44)

PDL, ambulante Pflege (n=15)



PDL, stationäre Pflege (n=29)

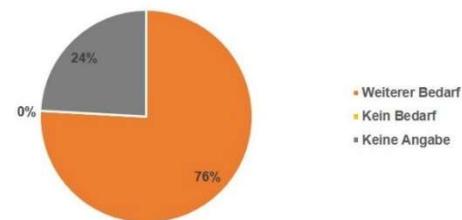
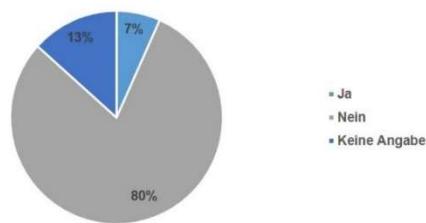


Abbildung 203: Fortbildungsbedarf zu Beurteilung von Wundheilungsverläufen“ (PDL)

D6: Haben Sie Ihren Mitarbeitern in den letzten 24 Monaten – durch interne oder externe Experten – eine Fortbildung zu: „Beurteilung und Effektivität von Maßnahmen zur Minimierung von wund- und therapiebedingten Einschränkungen“ angeboten? (N= 44)

PDL, ambulante Pflege (n=15)



PDL, stationäre Pflege n=29)

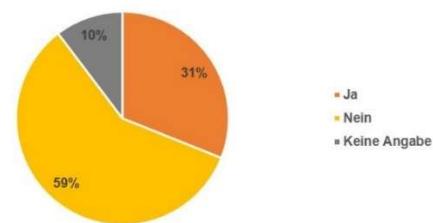
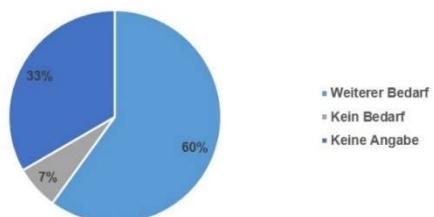


Abbildung 204: Fortbildungsangebot zu „Beurteilung und Effektivität von Maßnahmen zur Minimierung von wund- und therapiebedingten Einschränkungen“ (PDL)

Anhang
Zu D6: Sehen Sie weiteren Bedarf? (N= 44)

PDL, ambulante Pflege (n=15)



PDL, stationäre Pflege (n=29)

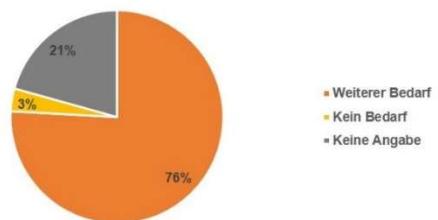


Abbildung 205: Fortbildungsbedarf zu „Beurteilung und Effektivität von Maßnahmen zur Minimierung von wund- und therapiebedingten Einschränkungen“ (PDL)

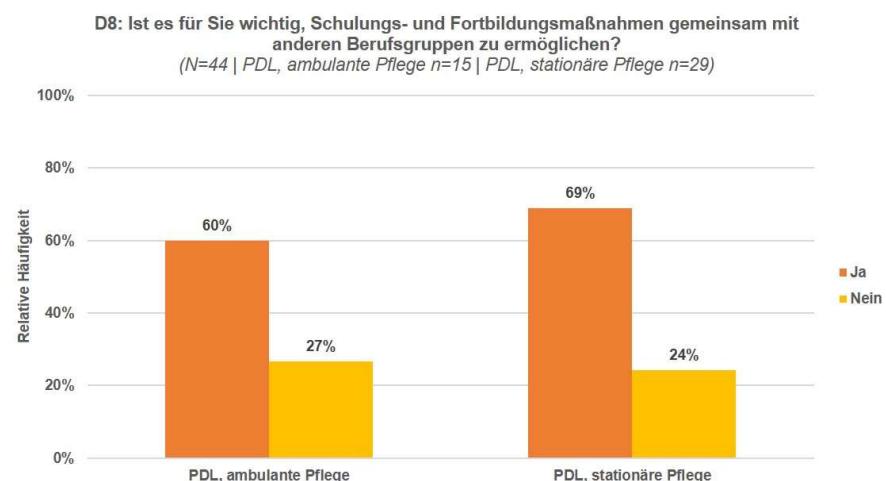


Abbildung 206: Wichtigkeit interprofessioneller Fortbildungen (PDL)

Anhang

II.IV.IV Ergebnisse der qualitativen Auswertung der Befragung von Pflegedienstleistungen ambulanter und stationärer Einrichtungen

Pflegedienstleistungen „ChroWuSaar“

Liste der Codes	Memo	#
Codesystem		169
Herzensangelegenheiten	"[...] Positiv zu erwähnen ist noch, dass ein Krankenhaus einmal vor Rückverlegung einer Bewohnerin mit Dekubitus Gr. IV es ermöglicht hat, die Wunde und die Wundversorgung gemeinsam mit dem Arzt vor Rückverlegung in die Einrichtung zu beurteilen und durchzuführen. Hier konnten dann bereits im Vorfeld Fragen geklärt werden und auch Einwände gegen die im Krankenhaus durchgeführte Wundversorgung vorgebracht werden. [...]" (ID: 13).	2
Budgetierung	"[...] Leider so, das Aufwand im Bereich Wundtherapie nicht ausreichend vergütet wird. Arbeitsmaterialien wie Handschuhe , Desinfektionsmittel und sterile Pinzetten .. sind teurer als die Vergütung. [...] " (ID: 33) "[...] Die Sachbearbeiter der Krankenkassen entscheiden über die Genehmigungen ohne Ahnung von der Materie zu haben. Genehmigungen zu erhalten sind oft bürokratisch. Seit der Abrechnung über Datenträgeraustausch ist der Verwaltungsaufwand bei Patienten mit mehreren Wunden nicht mehr überschaubar und ist auf ein nicht mehr überschaubares Maß angestiegen. [...]" (ID: 5)	4
Compliance der Patienten/ Angehörigen	"[...] Man muss bei der Versorgung auch die Compliance der Patienten/Bewohner und Angehörigen berücksichtigen (Selbstbestimmungsrecht). Manche Therapien scheitern an der nicht vorhandenen Bereitschaft zur Mitarbeit (oder Unterlassungen bestimmter Verhaltensweisen) der Patienten/ Angehörigen. [...]" (ID: 42)	1
Selbstständige Ausübung von Heilkunde seitens der Pflege	"[...] geschulte Pflegefachkräfte müssten meiner Meinung nach Wundversorgungsmaterialien verschreiben dürfen und auch dementsprechende Verordnungen ausstellen. [...]" (ID: 5)	1
Bürokratisierung	"[...] Die Wundversorgung wird von den Leistungsträgern viel zu gering entlohnt! Unter Einhaltung der Auflagen welche durch Expertenstandard und MDK entstehen, ist es unmöglich, das Wundmanagement kostendeckend zu bewerkstelligen. [...]" (ID: 42)	2
Fachliche Expertise	"[...] die Delegation der Therapieentscheidung an Homecarer finde ich nicht zielführend. eigene Kompetenzen von den Menschen die an den Menschen arbeiten sollten entwickelt werden [...] " (ID: 21) "[...] Es wäre zunächst wichtig, dass Hausärzte sich die Wunde ansehen und nicht via Ferndiagnose etwas verordnen. [...]" (ID: 43)	5
Positive Erfahrungen	"[...] Wir führen regelmäßige Schulungen zu chronischen Wunden durch. Fester Bestandteil des Fortbildungsprogramms. Wichtig durch Fluktuation und neue Entwicklungen im Bereich der Wundversorgung. [...]" (ID: 02)	3
Anbieter von Schulungs- und Fortbildungmaßnahmen	"[...] Vertreter der jeweiligen Firma, die Wundversorgungsmaterial anbietet [...]" (ID: 36)	2
Praxisanleiter/-in	"[...] Praxisanleiter für Gesundheitsfachberufe [...]" (ID: 06)	1

Désirée Schäfer

1/5

Anhang

Pflegedienstleistungen „ChroWuSaar“

Liste der Codes	Memo	#
externe Anbieter	"[...] externe Weiterbildungen [...]“ (ID: 24)	2
Pflegedienstleistungen	"[...] PDL [...]“ (ID: 4)	2
Lehrer/-in für Gesundheitsfachberufe	"[...] Lehrer für Gesundheitsfachberufe extern [...]“ (ID: 40)	1
Podolog/-in	"[...] Podologe [...]“ (ID: 17)	1
Physiotherapeut/-in	"[...] Physiotherapeut [...]“ (ID: 02)	1
Schnittstellenproblematik in der Versorgung	"[...] Unterschiedliche Ansichten zwischen Krankenhaus, Hausarzt, Wundxperte. Jeder will sein Ding [...]“ (ID: 41) "[...] Nach Info an Hausärzte dauert es oft ein bis zwei Tage bis zum Hausbesuch bzw. bis eine Verordnung ausgestellt wird. Dann dauert es wieder einige Zeit bis das Verbandmaterial geliefert wird. In dieser Zeit ist der Patient ohne bzw. ohne ausreichende Wundversorgung. [...]“ (ID: 2)	5
Lieferungsbedingungen	"[...] das home care unternehmen hat zu spaet geliefert [...]“ (ID: 28)	1
Kommunikation	"[...] Absprache zwischen Hausarzt, Arzthelferin und externe Wundmanagerin läuft den Öfteren über die Pflege. Dadurch ist die Kommunikation stark erschwert, Dauer der Ärztl. VO und Ausstellung der Rezepte dann zu lange Missverständnisse sind so vorprogrammiert. [...]“ (ID: 44)	4
Fehlende Transparenz medizinischer Versorgung	"[...] Eine Hausärztin betreute und versorgte selbst eine chronische Wunde bzw. mehrere Wunden (durch pAVK entstanden) bei einer Patienten - jedoch das Pflegefachpersonal war in keiner Weise unterrichtet über die Wundversorgung -> mit was/welchen Präparaten eine Wundspülung etc. durchzuführen sei (gab keinen mündlichen oder schriftlichen Austausch, bzw. ärztl AO). Die VW sollten auch nicht vom Pflegepersonal, sondern nur von der Hausärztin selbst, laut Aussage der Hausärztin, getätigten werden. Die Bewohnerin jedoch entfernte sich den Wundverband selbstständig (unter Demenz) -> Hausärztin war nicht erreichbar [...]“ (ID: 06)	1
Budgetierung	"[...] Verordnete Wundauflagen wurden von Hausarzt verordnet aber die Krankenkasse wollte diese nicht bezahlen. Die Wunde verschlechterte sich rapide, wodurch ein Krankenhausaufenthalt notwendig wurde. Im Krankenhaus wurden eben die besagten Wundauflagen verwendet und nach Entlassung musste eine andere Therapieform gewählt werden. [...]“ (ID: 43)	7
Selbstkostenanteil Patienten/ Angehörige	"[...] Wenn Angehörige nicht bereit sind die Wundspülung zu bezahlen [...]“ (ID: 34)	2
Heterogene fachliche Expertise	"[...] Ein Hausarzt ist meist der Ansicht, dass es in der Versorgung von Patienten/Menschen mit chronischen Wunden nicht wichtig ist, sich dem neuesten Wissen und Erkenntnissen in der Wundversorgung anzupassen. Betaisodonna im tgl. Wechsel mit Haushaltszucker zum Auftragen/Einbringen in die Wunden, sei absolut ausreichend. [...]“ (ID: 06)	1

Désirée Schäfer

2/5

Anhang

Pflegedienstleistungen „ChroWuSaar“

Liste der Codes	Memo	#
Verlegung/Rückverlegung Krankenhaus	"[...] Überleitung aus den Krankenhäusern ist unzureichend. Wenn ein Patient wegen einer anderen Diagnose in die Klinik eingewiesen wird, ist das Ulcus oft nur Nebensache und wird nicht ausreichend behandelt [...]" (ID: 22)	4
Änderung der Therapie	"[...] Bei Krankenhaus-einweisungen, dort wird meist statt der bei uns angewandten Therapie eine Standardtherapie durchgeführt und Wunden der Bew. verschlechtern sich fast immer bei Krankenhaus-aufenthaltten [...]" (ID: 7)	2
Fehlende Verbandmaterialien	"[...] Entlassungen über das Wochenende aus den Kliniken ohne entsprechende Wundmaterialien [...] (ID: 3)	1
Überleitung/Dokumentation	"[...] Versorgung in Kliniken wurde nicht richtig, gar nicht oder nur teilweise übergeleitet (mangelnde Informationsweitergabe) Therapieansatz im Krankenhaus entspricht auch in manchen Fällen nicht dem Stand der Wissenschaft [...] (ID: 12)	3
Entlassung am Wochenende	"[...] Entlassungen über das Wochenende aus den Kliniken ohne entsprechende Wundmaterialien. -Die teuren Wundauflagen wurden genau abgezählt und darüber hinaus wurde nichts verschrieben. (Stuhlgang verschmierte Auflagen mussten gesäubert und belassen werden [...]" (ID: 3)	1
Wünsche an die zukünftige Zusammenarbeit mit Hausärzten	"[...] Zusammenarbeit ist auf guten Weg, dennoch Bedarf zum optimieren. Gemeinsame Visiten beim Kunden und festgelegte Behandlungsstrategie gibt es nur vereinzelt [...] (ID: 33)	5
Verordnungsfähigkeit und -verhalten	"[...] Unkompliziertere Rezeptausstellung/Verordnung HKP und des des beantragten Wundmaterials (Qualität/ Quantität). Dass auch Hausärzte die aktuellen Richtlinien der HKP kennen [...] (ID: 25)	6
Schnittstellenmanagement	"[...] Transparenz für alle, die die Versorgung bzw. Verbandwechsel durchführen zu: Therapie und Wundverlaufsplanung. Regelmäßige gemeinsame Evaluation (und eventuell Anpassung der bestehenden Planung) [...]" (ID: 06)	2
Gemeinsame Schulungs- und Fortbildungsvorlesungen	"[...] gemeinsame Schulungen der Ärzte und der Pflegefachkräfte. Bessere Kommunikation zwischen Pflegefachkräften und Ärzten. Bessere Kooperation mit den Hausärzten [...] (ID: 22)	4
Wundvisiten	"[...] Wundvisite, fachliche Konsultation vor Ort [...]" (ID: 27)	15
Gemeinsame Evaluation	"[...] Regelmäßige gemeinsame Evaluation (und eventuell Anpassung der best. Planung) [...] (ID: 06)	1
Diagnosestellung	"[...] persönliche Erstellung der Wunddiagnose durch den Arzt [...] (ID: 02)	2
Symptomkontrolle	"[...] weniger Angst vor Einsatz von Analgetika im Zusammenhang mit Wundversorgung. Einsatz modernerer Methodik und Mittel. KEIN Einsatz von jodhaltigen Salben [...]" (ID: 25)	2

Anhang

Pflegedienstleistungen „ChroWuSaar“

Liste der Codes	Memo	#
Behandlungsplan	"[...] 2. Transparenz für alle, die die Versorgung bzw. VW durchführen zu: Therapie und Wundverlaufsplanung [...] (ID: 06)	1
Hausarzt - Pflege	"[...] dass Hausärzte die fachliche Qualifikation unserer ausgebildeten Wundmanager und Pflegefachkräfte mehr anerkennen und somit eine bessere Kooperation möglich wird [...]" (ID: 42)	4
Wertschätzung/Vertrauen	"[...] dass einige Hausärzte unsere Kompetenz anerkennen und die von uns vorgeschlagene Therapie auch verordnen. Einige Ärzte sind auf dem Gebiet der Wundversorgung nicht auf dem neuesten Stand. Sehr oft bekommt man die Antwort, diese Therapie ist zu teuer, das ist nicht in meinem Budget. [...]" (ID: 5)	7
Fachliche Expertise	"[...] Häufig mangelt es den Hausärzten an Fachlichkeit im Bezug auf Wunden. [...]" (ID: 4)	13
Kooperation/Überweisung Facharzt	"[...] Schnellere Überweisung an Facharzt [...] (ID: 18)	1
Kommunikationswege mit dem zuständigen Hausarzt	"[...] Formular zur wundversorgung [...] " (ID: 38) "[... anlassbezogene Visiten" [...] " (ID: 24)	2
Wundvisiten	"[...] Aufgrund unseres Einsatzgebietes [...] wird ggf. von der PDL ein Termin mit dem Hausarzt vereinbart [...]" (ID: 43)	2
Wundmanager/-in extern	"[...] externer Wundmanager macht Therapievorschlag bei HA [...]" (ID: 23)	2
Entscheider über Einsatz von Wundmaterialien	"[...] nur in Absprache mit der Einrichtung [...]" (ID: 7)	1
Wundmanager/-in hausintern und Hausarzt	"[...] hauseigener Wundmanager in Absprache mit Hausarzt [...]" (ID: 24)	2
Chirurg	"[...] Chirurg [...]" (ID: 16)	1
Sonstige Wunden	"[...] pAVK (ein Bewohner hat 2 Wunden verschiedener Genese) [...] (ID: 06)	1
Mazeration	"[...] Mazerationswunde [...]" (ID: 18)	1
Abszess	"[...] Abszess geschehen [...]" (ID: 24)	1
Tumorwunden	"[...] exulcerierende Tumore [...]" (ID: 42)	2
Spezifische Qualifikation in der Wundversorgung	"[...] Pflegefachkraft mit einer 3-tägigen Wundmanagementschulung [...] (ID: 4)	1
Externe Wundmanager/-in	"[...] Wundexperte von externen Anbieter [...]" (ID: 8)	2
ZWM-Zertifizierte Wundmanager/-in	"[...] azwm [...] " (ID: 37)	2
Sonstige Fortbildung in Wundversorgung	"[...] Pflegefachkraft mit einer 3-tägigen Wundmanagementschulung [...] (ID: 4)	1
Wundexpert/-in DEKRA	"[...] 3 DEKRA [...]" (ID: 34)	1
Weitere Mitarbeiter und deren Qualifikationen	"[...] Pflegehelfer, Heilerziehungs-pfleger, Schüler, Praktikanten [...]" (ID: 02)	1
Verwaltung	"[...] Verwaltungskräfte [...]" (ID: 19)	1
Ergotherapeuten	"[...] Ergo [...]" (ID: 9)	1

Désirée Schäfer

4/5

Anhang

Pflegedienstleistungen „ChroWuSaar“

Liste der Codes	Memo	#
Heilerziehungspflegekräfte	"[...] Heilerziehungspfleger [...] (ID: 12)	2
Pflegeassistenten	"[...] Pflegeassistenten [...] (ID: 19)	1
Motopäden	"[...] Motopädin [...]" (ID: 25)	1
Hauswirtschaftler	"[...] HW [...]" (ID: 23)	4
Betreuungskräfte	"[...] Betreuung [...]" (ID: 33)	2
Praktikanten	"[...] Praktikanten [...]" (ID: 02)	2
Auszubildende	"[...] Schüler [...]" (ID: 23)	4
Pflegehilfskräfte	"[...] Pflegehelfer [...]" (ID: 24)	5

Désirée Schäfer

5/5

Anhang

II.V Dokumente für Hausärzte

II.V.I Anschreiben

Zentrum

Allgemeinmedizin

ZAM

Leiter des Zentrums: Professor Dr. med. Johannes Jäger, MME
Telefon: 06841 / 16 - 2 68 00 | Fax: 06841 / 16 - 2 68 10 | E-Mail: zam@uks.eu

Universität des Saarlandes, Zentrum Allgemeinmedizin
Gebäude 80.2, D-66421 Homburg

«MF» «TITEL» «VORNAME» «NAME»
«STRASSE»
«PLZ» «ORT»

Désirée Schäfer (M.Sc.)
Zentrum Allgemeinmedizin der
Medizinischen Fakultät der Universität
des Saarlandes
Gebäude 80.2, D-66421 Homburg
Telefon 0 68 41 / 16 - 2 68 05
Fax 0 68 41 / 16 - 2 68 10
E-Mail Desiree.Schaefer@uks.eu
Web www.uks.eu/amuh

09. Mai 2016
DS

Einladung zur Teilnahme an der Studie „Die Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden im Saarland“ (ChroWuSaar)

Sehr geehrte «MF» «TITEL» «NAME»,

wir möchten Sie einladen an einer Studie teilzunehmen, die im Rahmen einer Dissertationsarbeit am Zentrum Allgemeinmedizin der Universität des Saarlandes durchgeführt wird. Die Forschungsarbeit findet **bis zum 31. Mai 2016** im Saarland statt und trägt den Titel:

„Die Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden im Saarland“.

Das Ziel der Forschungsarbeit ist, die Versorgungsstrukturen von Menschen mit chronischen Wunden in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen unter Betreuung ihres Hausarztes zu untersuchen. Befragt werden saarlandweit Hausärzte, Patienten ambulanter und Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen mit einer chronischen Wunde, Pflegefachkräfte und Pflegedienstleitungen/Geschäftsführungen aus ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen. Der Ethik-Antrag wurde durch die Ethik-Kommission der Ärztekammer des Saarlandes mit dem Schreiben vom 19. Januar 2016 positiv beschieden.

Der onlinebasierte Fragebogen besteht aus folgenden Fragengruppen:

- Einschätzung von wund- und therapiebedingten Einschränkungen,
- Kommunikation zwischen Hausarzt und Pflege,
- Schulungs- und Fortbildungsbedarf im Bereich Wundversorgung sowie
- Versorgungsstrukturen

und steht Ihnen unter folgendem Hyperlink zur Verfügung:

<https://desireeschaefler.limequery.com/index.php/188495/lang-de>

Die Dauer zum Ausfüllen des Fragebogens beträgt **circa 30 Minuten**. Wenn Sie Fragen haben rufen Sie bitte unter den angegebenen Telefonnummern an oder schreiben uns. Die Teilnahme ist freiwillig.

Die Ergebnisse der Studie werden in anonymisierter Form im Jahr 2017 präsentiert.
Eine Einladung hierzu wird Ihnen zeitnah postalisch zugehen.

Vielen Dank.

Ihre direkte
Ansprechpartnerin ist:
Désirée Schäfer
T: 06841 – 16 – 26805
F: 06841 – 16 – 26810
desiree.schaefer@uks.eu
www.uks.eu/amuh

Mit freundlichen Grüßen

Ihr

Johannes Jäger

Ihre

Désirée Schäfer

Anhang

II.V.II Studieninformation via E-Mail

Studieninformation und Einladung durch das Zentrum Allgemeinmedizin

Sehr geehrte Hausärztinnen,
sehr geehrte Hausärzte,

wir möchten Sie einladen, sich an einer Studie zu beteiligen, die vom Zentrum Allgemeinmedizin der Universität des Saarlandes durchgeführt wird.

Sie trägt den Titel:
"Die Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden im Saarland" (ChroWuSaar).

Das Ziel der Forschungsarbeit ist, die Versorgungsstrukturen von Menschen mit chronischen Wunden im Saarland zu untersuchen, die Kommunikation zwischen Hausärztinnen und Hausärzten und Pflegefachkräften aus ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen zu betrachten sowie Ihren Schulungs- und Fortbildungsbedarf im Bereich Wundversorgung zu erheben.

Die Fragebogenerhebung für Hausärztinnen und Hausärzte findet im Zeitraum vom 15. April 2016 bis zum 31. Mai 2016 im Saarland statt.
Die Teilnahme ist freiwillig.

Den Online-Fragebogen finden Sie unter diesem Link:
<https://desireeschaefer.limequery.com/index.php/186495/lang-de>

Für die Bearbeitung des Fragebogens können circa 30 Minuten eingeplant werden. Ihre Angaben sind anonym. Sie haben jederzeit die Möglichkeit den Online-Fragebogen zu verlassen und zu einem anderen Zeitpunkt wieder in die Fragen einzusteigen.

Dafür können Sie sich, nach Aufforderung des Systems, Ihre eigenen Zugangsdaten festlegen.

Gerne können Sie sich an der Studie beteiligen und die Entwicklung im saarländischen Pflege- und Gesundheitswesen mitgestalten.
Die Ergebnisse der Studie werden in anonymisierter Form im Jahr 2017 präsentiert.
Eine Einladung hierzu wird Ihnen zeitnah postalisch zugehen.

Herzlichen Dank!

Studieninformation und Einladung durch die KV Saarland

Betreff: Einladung zur Studie "Die Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden im Saarland"

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

nachfolgend finden Sie den Link zu einer Online Umfrage zum Thema „chronische Wunden“ des Zentrums für Allgemeinmedizin der Universität Homburg.
Die Fragebogenerhebung für Hausärztinnen und Hausärzte findet bis zum 31. Mai 2016 im Saarland statt.

Gerne können Sie sich an der Umfrage beteiligen. Die Teilnahme ist freiwillig.

Mit freundlichem Gruß

Kassenärztliche Vereinigung Saarland
Europaallee 7 – 9
66113 Saarbrücken
Tel.: 0681 99 83 70
Fax: 0681 99 83 7-140

II.V.III Fragebogen



Sehr geehrte Hausärztinnen, sehr geehrte Hausärzte,

wir möchten Sie einladen, sich an einer Studie zu beteiligen, die vom Zentrum Allgemeinmedizin der Universität des Saarlandes durchgeführt wird.

Sie trägt den Titel:

"Die Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden im Saarland"
(ChroWuSaar).

Das Ziel der Forschungsarbeit ist, die Versorgungsstrukturen von Menschen mit chronischen Wunden im Saarland zu untersuchen, die Kommunikation zwischen Hausärztinnen und Hausärzten und Pflegefachkräften aus ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen zu betrachten sowie Ihren Schulungs- und Fortbildungsbedarf im Bereich Wundversorgung zu erheben. Die Fragebogenerhebung findet im Zeitraum vom 01. Februar 2016 bis zum 31. Mai 2016 im Saarland statt. Für die Bearbeitung des Fragebogens können circa 30 Minuten eingeplant werden. Ihre Angaben sind anonym. Sie haben jederzeit die Möglichkeit den Online-Fragebogen zu verlassen und zu einem anderen Zeitpunkt wieder in die Fragen einzusteigen. Dafür können Sie sich, nach Aufforderung des Systems, Ihre eigenen Zugangsdaten festlegen.

Die Teilnahme ist freiwillig.

Gerne können Sie sich an der Studie beteiligen und die Entwicklung im saarländischen Pflege- und Gesundheitswesen mitgestalten. Die Ergebnisse der Studie werden in anonymisierter Form im Jahr 2017 präsentiert. Eine Einladung hierzu wird Ihnen zeitnah postalisch zugehen.

Herzlichen Dank!

Ihre Désirée Schäfer und Ihr Johannes Jäger

Zentrum Allgemeinmedizin der Medizinischen Fakultät der Universität des Saarlandes
Gebäude 80.2 66421 Homburg/Saar Telefon: 06841/16 - 26805 E-Mail:
Desiree.Schaefer@uks.eu

Kurzinformation Bei dieser Studie handelt es sich um eine Dissertationsarbeit. Wir



Teil A: Einschätzung von wund- und therapiebedingten Einschränkungen

Jede chronische Wunde und deren Therapie beeinträchtigt das soziale Leben des Patienten als auch dessen Angehörige. Uns interessiert, zu welchen Aspekten der Versorgung Sie Patienten mit chronischen Wunden und ggf. deren Angehörige im Allgemeinen informieren, beraten und/oder anleiten und sie in den gesundheitsbezogenen Selbstmanagementkompetenzen stärken.

- A1. Zu welchen Inhalten informieren, anleiten und/oder beraten Sie im Allgemeinen Patienten mit chronischen Wunden und ggf. deren Angehörige?

Zu Ursachen der Wunde ...

Informieren: Vermittlung von Faktorenwissen mit dem Ziel Transparenz zu schaffen, um Sicherheit im Handeln zu erreichen und Möglichkeiten zur Altersentscheidung zu geben. anleiten: Wissenvermittlung mit dem Ziel, dieses Wissen im Folgenden anwenden zu können. beraten: Unterstützung bei der Suche nach Lösungsmöglichkeiten und/oder Entscheidungshilfe bei der Bewältigung neuer bzw. schwieriger Lebenssituationen zu geben. Aktivierung der Eigenverantwortlichkeit und Kompetenz des Betroffenen.

- Patient informieren
Patient anleiten
Patient beraten
Angehörige informieren
Angehörige anleiten
Angehörige beraten
betrifft mich nicht
keine Angabe

- A2. Zu welchen Inhalten informieren, anleiten und/oder beraten Sie im Allgemeinen Patienten mit chronischen Wunden und ggf. deren Angehörige?

Zur Heilung der Wunde und Vorstellungen zur Wundheilungszeit ...

Informieren: Vermittlung von Faktorenwissen mit dem Ziel Transparenz zu schaffen, um Sicherheit im Handeln zu erreichen und Möglichkeiten zur Altersentscheidung zu geben. anleiten: Wissenvermittlung mit dem Ziel, dieses Wissen im Folgenden anwenden zu können. beraten: Unterstützung bei der Suche nach Lösungsmöglichkeiten und/oder Entscheidungshilfe bei der Bewältigung neuer bzw. schwieriger Lebenssituationen zu geben. Aktivierung der Eigenverantwortlichkeit und Kompetenz des Betroffenen.

- Patient informieren
Patient anleiten
Patient beraten
Angehörige informieren

Anhang



- | | |
|---------------------|--------------------------|
| Angehörige anleiten | <input type="checkbox"/> |
| Angehörige beraten | <input type="checkbox"/> |
| betrifft mich nicht | <input type="checkbox"/> |
| keine Angabe | <input type="checkbox"/> |

- A3. Zu welchen Inhalten informieren, anleiten und/oder beraten Sie im Allgemeinen Patienten mit chronischen Wunden und ggf. deren Angehörige?

Zu Symptomen (z. B. Exsudat) ...

informieren: Vermittlung von Faktorenwissen mit dem Ziel Transparenz zu schaffen, um Sicherheit im Handeln zu erreichen und Möglichkeiten zur Mittentscheidung zu geben. anleiten: Wissenvermittlung mit dem Ziel, dieses Wissen im Folgenden anwenden zu können. beraten: Unterstützung bei der Suche nach Lösungsmöglichkeiten und/oder Entscheidungshilfe bei der Bewältigung neuer bzw. schwieriger Lebenssituationen zu geben. Aktivierung der Eigenverantwortlichkeit und Kompetenz des Betroffenen.

- | | |
|------------------------|--------------------------|
| Patient informieren | <input type="checkbox"/> |
| Patient anleiten | <input type="checkbox"/> |
| Patient beraten | <input type="checkbox"/> |
| Angehörige informieren | <input type="checkbox"/> |
| Angehörige anleiten | <input type="checkbox"/> |
| Angehörige beraten | <input type="checkbox"/> |
| betrifft mich nicht | <input type="checkbox"/> |
| keine Angabe | <input type="checkbox"/> |

- A4. Zu welchen Inhalten informieren, anleiten und/oder beraten Sie im Allgemeinen Patienten mit chronischen Wunden und ggf. deren Angehörige?

Zur Bedeutung spezieller Maßnahmen (z. B. Druckentlastung, Bewegung, Kompression) ...

informieren: Vermittlung von Faktorenwissen mit dem Ziel Transparenz zu schaffen, um Sicherheit im Handeln zu erreichen und Möglichkeiten zur Mittentscheidung zu geben. anleiten: Wissenvermittlung mit dem Ziel, dieses Wissen im Folgenden anwenden zu können. beraten: Unterstützung bei der Suche nach Lösungsmöglichkeiten und/oder Entscheidungshilfe bei der Bewältigung neuer bzw. schwieriger Lebenssituationen zu geben. Aktivierung der Eigenverantwortlichkeit und Kompetenz des Betroffenen.

- | | |
|---------------------|--------------------------|
| Patient informieren | <input type="checkbox"/> |
| Patient anleiten | <input type="checkbox"/> |

Anhang



- | | |
|------------------------|--------------------------|
| Patient beraten | <input type="checkbox"/> |
| Angehörige informieren | <input type="checkbox"/> |
| Angehörige anleiten | <input type="checkbox"/> |
| Angehörige beraten | <input type="checkbox"/> |
| betrifft mich nicht | <input type="checkbox"/> |
| keine Angabe | <input type="checkbox"/> |

A5. Zu welchen Inhalten informieren, anleiten und/oder beraten Sie im Allgemeinen Patienten mit chronischen Wunden und ggf. deren Angehörige?

Zu Mobilitäts- und Aktivitätseinschränkungen ...

Informieren: Vermittlung von Faktenwissen mit dem Ziel Transparenz zu schaffen, um Sicherheit im Handeln zu erreichen und Möglichkeiten zur Mitentscheidung zu geben. anleiten: Wissenvermittlung mit dem Ziel, dieses Wissen im Folgenden anwenden zu können. beraten: Unterstützung bei der Suche nach Lösungsmöglichkeiten und/oder Entscheidungshilfe bei der Bewältigung neuer bzw. schwieriger Lebenssituationen zu geben. Aktivierung der Eigenverantwortlichkeit und Kompetenz des Betroffenen.

- | | |
|------------------------|--------------------------|
| Patient informieren | <input type="checkbox"/> |
| Patient anleiten | <input type="checkbox"/> |
| Patient beraten | <input type="checkbox"/> |
| Angehörige informieren | <input type="checkbox"/> |
| Angehörige anleiten | <input type="checkbox"/> |
| Angehörige beraten | <input type="checkbox"/> |
| betrifft mich nicht | <input type="checkbox"/> |
| keine Angabe | <input type="checkbox"/> |

Anhang



- A6. Zu welchen Inhalten informieren, anleiten und/oder beraten Sie im Allgemeinen Patienten mit chronischen Wunden und ggf. deren Angehörige?

Zu Schmerzen (Starke, Qualität, Häufigkeit/Dauer, Lokalisation, Erfahrungen und Maßnahmen zur Verbesserung) ...

Informieren: Vermittlung von Faktenwissen mit dem Ziel Transparenz zu schaffen, um Sicherheit im Handeln zu erreichen und Möglichkeiten zur Mitentscheidung zu geben. anleiten: Wissensvermittlung mit dem Ziel, dieses Wissen im Folgenden anwenden zu können. beraten: Unterstützung bei der Suche nach Lösungsmöglichkeiten und/oder Entscheidungshilfe bei der Bewältigung neuer bzw. schwieriger Lebenssituationen zu geben. Aktivierung der Eigenverantwortlichkeit und Kompetenz des Betroffenen.

- Patient informieren
Patient anleiten
Patient beraten
Angehörige informieren
Angehörige anleiten
Angehörige beraten
betrifft mich nicht
keine Angabe

- A7. Zu welchen Inhalten informieren, anleiten und/oder beraten Sie im Allgemeinen Patienten mit chronischen Wunden und ggf. deren Angehörige?

Zu Abhängigkeit personeller Hilfe (z. B. von Verwandten, Angehörigen, Pflegepersonal, Nachbarn) ...

Informieren: Vermittlung von Faktenwissen mit dem Ziel Transparenz zu schaffen, um Sicherheit im Handeln zu erreichen und Möglichkeiten zur Mitentscheidung zu geben. anleiten: Wissensvermittlung mit dem Ziel, dieses Wissen im Folgenden anwenden zu können. beraten: Unterstützung bei der Suche nach Lösungsmöglichkeiten und/oder Entscheidungshilfe bei der Bewältigung neuer bzw. schwieriger Lebenssituationen zu geben. Aktivierung der Eigenverantwortlichkeit und Kompetenz des Betroffenen.

- Patient informieren
Patient anleiten
Patient beraten
Angehörige informieren
Angehörige anleiten

Anhang



Angehörige beraten

betrifft mich nicht

keine Angabe

- A8. Zu welchen Inhalten informieren, anleiten und/oder beraten Sie im Allgemeinen Patienten mit chronischen Wunden und ggf. deren Angehörige?

Zu Schlafstörungen ...

Informieren: Vermittlung von Faktenwissen mit dem Ziel Transparenz zu schaffen, um Sicherheit im Handeln zu erreichen und Möglichkeiten zur Meinungsfindung zu geben. anleiten: Wissenvermittlung mit dem Ziel, dieses Wissen im Folgenden anwenden zu können. beraten: Unterstützung bei der Suche nach Lösungsmöglichkeiten und/oder Entscheidungshilfe bei der Bewältigung neuer bzw. schwieriger Lebenssituationen zu geben. Aktivierung der Eigenverantwortlichkeit und Kompetenz des Betroffenen.

Patient informieren

Patient anleiten

Patient beraten

Angehörige informieren

Angehörige anleiten

Angehörige beraten

betrifft mich nicht

keine Angabe

- A9. Zu welchen Inhalten informieren, anleiten und/oder beraten Sie im Allgemeinen Patienten mit chronischen Wunden und ggf. deren Angehörige?

Zu Jucken und Schwellungen der Beine ...

Informieren: Vermittlung von Faktenwissen mit dem Ziel Transparenz zu schaffen, um Sicherheit im Handeln zu erreichen und Möglichkeiten zur Meinungsfindung zu geben. anleiten: Wissenvermittlung mit dem Ziel, dieses Wissen im Folgenden anwenden zu können. beraten: Unterstützung bei der Suche nach Lösungsmöglichkeiten und/oder Entscheidungshilfe bei der Bewältigung neuer bzw. schwieriger Lebenssituationen zu geben. Aktivierung der Eigenverantwortlichkeit und Kompetenz des Betroffenen.

Patient informieren

Patient anleiten

Patient beraten

Angehörige informieren

Anhang



- | | |
|---------------------|--------------------------|
| Angehörige anleiten | <input type="checkbox"/> |
| Angehörige beraten | <input type="checkbox"/> |
| betrifft mich nicht | <input type="checkbox"/> |
| keine Angabe | <input type="checkbox"/> |

- A10. Zu welchen Inhalten informieren, anleiten und/oder beraten Sie im Allgemeinen Patienten mit chronischen Wunden und ggf. deren Angehörige?

Zu Schwierigkeiten bei Kleidungs- und Schuhwahl ...

informieren: Vermittlung von Faktenwissen mit dem Ziel Transparenz zu schaffen, um Sicherheit im Handeln zu erreichen und Möglichkeiten zur Mittentscheidung zu geben. anleiten: Wissenvermittlung mit dem Ziel, dieses Wissen im Folgenden anwenden zu können. beraten: Unterstützung bei der Suche nach Lösungsmöglichkeiten und/oder Entscheidungshilfe bei der Bewältigung neuer bzw. schwieriger Lebenssituationen zu geben. Aktivierung der Eigenverantwortlichkeit und Kompetenz des Betroffenen.

- | | |
|------------------------|--------------------------|
| Patient informieren | <input type="checkbox"/> |
| Patient anleiten | <input type="checkbox"/> |
| Patient beraten | <input type="checkbox"/> |
| Angehörige informieren | <input type="checkbox"/> |
| Angehörige anleiten | <input type="checkbox"/> |
| Angehörige beraten | <input type="checkbox"/> |
| betrifft mich nicht | <input type="checkbox"/> |
| keine Angabe | <input type="checkbox"/> |

- A11. Zu welchen Inhalten informieren, anleiten und/oder beraten Sie im Allgemeinen Patienten mit chronischen Wunden und ggf. deren Angehörige?

Zu Schwierigkeiten zur Aufrechterhaltung der persönlichen Hygiene

informieren: Vermittlung von Faktenwissen mit dem Ziel Transparenz zu schaffen, um Sicherheit im Handeln zu erreichen und Möglichkeiten zur Mittentscheidung zu geben. anleiten: Wissenvermittlung mit dem Ziel, dieses Wissen im Folgenden anwenden zu können. beraten: Unterstützung bei der Suche nach Lösungsmöglichkeiten und/oder Entscheidungshilfe bei der Bewältigung neuer bzw. schwieriger Lebenssituationen zu geben. Aktivierung der Eigenverantwortlichkeit und Kompetenz des Betroffenen.

- | | |
|---------------------|--------------------------|
| Patient informieren | <input type="checkbox"/> |
| Patient anleiten | <input type="checkbox"/> |

Anhang



- | | |
|------------------------|--------------------------|
| Patient beraten | <input type="checkbox"/> |
| Angehörige informieren | <input type="checkbox"/> |
| Angehörige anleiten | <input type="checkbox"/> |
| Angehörige beraten | <input type="checkbox"/> |
| betrifft mich nicht | <input type="checkbox"/> |
| keine Angabe | <input type="checkbox"/> |

A12. Zu welchen Inhalten informieren, anleiten und/oder beraten Sie im Allgemeinen Patienten mit chronischen Wunden und ggf. deren Angehörige?

Zu psychosozialen Aspekten (z. B. soziale Isolation, Machtlosigkeit, Energiemangel, Sorgen, Frustration, Mangel an Selbstwertgefühl, Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Trauer, Depression, Gefühl des Kontrollverlustes) ...

Informieren: Vermittlung von Faktumwissen mit dem Ziel Transparenz zu schaffen, um Sicherheit im Handeln zu erreichen und Möglichkeiten zur Mittentscheidung zu geben. anleiten: Wissenvermittlung mit dem Ziel, dieses Wissen im Folgenden anwenden zu können. beraten: Unterstützung bei der Suche nach Lösungsmöglichkeiten und/oder Entscheidungshilfe bei der Bewältigung neuer bzw. schwieriger Lebenssituationen zu geben. Aktivierung der Eigenverantwortlichkeit und Kompetenz des Betroffenen.

- | | |
|------------------------|--------------------------|
| Patient informieren | <input type="checkbox"/> |
| Patient anleiten | <input type="checkbox"/> |
| Patient beraten | <input type="checkbox"/> |
| Angehörige informieren | <input type="checkbox"/> |
| Angehörige anleiten | <input type="checkbox"/> |
| Angehörige beraten | <input type="checkbox"/> |
| betrifft mich nicht | <input type="checkbox"/> |
| keine Angabe | <input type="checkbox"/> |

Anhang



- A13. Zu welchen Inhalten informieren, anleiten und/oder beraten Sie im Allgemeinen Patienten mit chronischen Wunden und ggf. deren Angehörige?

Zu wundbezogenen Hilfsmitteln (z. B. Kompressionsstrümpfe, Orthesen, druckreduzierende Matratzen) ...

Informieren: Vermittlung von Faktenwissen mit dem Ziel Transparenz zu schaffen, um Sicherheit im Handeln zu erreichen und Möglichkeiten zur Entscheidung zu geben. anleiten: Wissenvermittlung mit dem Ziel, dieses Wissen im Folgenden anwenden zu können. beraten: Unterstützung bei der Suche nach Lösungsmöglichkeiten und/oder Entscheidungshilfe bei der Bewältigung neuer bzw. schwieriger Lebenssituationen zu geben. Aktivierung der Eigenverantwortlichkeit und Kompetenz des Betroffenen.

- Patient informieren
Patient anleiten
Patient beraten
Angehörige informieren
Angehörige anleiten
Angehörige beraten
betrifft mich nicht
keine Angabe

- A14. Zu welchen Inhalten informieren, anleiten und/oder beraten Sie im Allgemeinen Patienten mit chronischen Wunden und ggf. deren Angehörige?

Zu Wunde und Verbandwechsel ...

Informieren: Vermittlung von Faktenwissen mit dem Ziel Transparenz zu schaffen, um Sicherheit im Handeln zu erreichen und Möglichkeiten zur Entscheidung zu geben. anleiten: Wissenvermittlung mit dem Ziel, dieses Wissen im Folgenden anwenden zu können. beraten: Unterstützung bei der Suche nach Lösungsmöglichkeiten und/oder Entscheidungshilfe bei der Bewältigung neuer bzw. schwieriger Lebenssituationen zu geben. Aktivierung der Eigenverantwortlichkeit und Kompetenz des Betroffenen.

- Patient informieren
Patient anleiten
Patient beraten
Angehörige informieren
Angehörige anleiten
Angehörige beraten

Anhang



betrifft mich nicht

keine Angabe

- A15. Zu welchen Inhalten informieren, anleiten und/oder beraten Sie im Allgemeinen Patienten mit chronischen Wunden und ggf. deren Angehörige?

Zum Erhalt von Alltagsaktivitäten (z. B. Einkaufen, Hobbys, Spazieren gehen) ...

informieren: Vermittlung von Faktenwissen mit dem Ziel Transparenz zu schaffen, um Sicherheit im Handeln zu erreichen und Möglichkeiten zur Mentscheidung zu geben. *anleiten*: Wissenvermittlung mit dem Ziel, dieses Wissen im Folgenden anwenden zu können. *beraten*: Unterstützung bei der Suche nach Lösungsmöglichkeiten und/oder Entscheidungshilfe bei der Bewältigung neuer bzw. schwieriger Lebenssituationen zu geben. Aktivierung der Eigenverantwortlichkeit und Kompetenz des Betroffenen.

Patient informieren

Patient anleiten

Patient beraten

Angehörige informieren

Angehörige anleiten

Angehörige beraten

betrifft mich nicht

keine Angabe

- A16. Zu welchen Inhalten informieren, anleiten und/oder beraten Sie im Allgemeinen Patienten mit chronischen Wunden und ggf. deren Angehörige?

Zu Kompression (z. B. Anziehen, Pflegen, Umgang mit kompressionsbedingten Beschwerden) ...

informieren: Vermittlung von Faktenwissen mit dem Ziel Transparenz zu schaffen, um Sicherheit im Handeln zu erreichen und Möglichkeiten zur Mentscheidung zu geben. *anleiten*: Wissenvermittlung mit dem Ziel, dieses Wissen im Folgenden anwenden zu können. *beraten*: Unterstützung bei der Suche nach Lösungsmöglichkeiten und/oder Entscheidungshilfe bei der Bewältigung neuer bzw. schwieriger Lebenssituationen zu geben. Aktivierung der Eigenverantwortlichkeit und Kompetenz des Betroffenen.

Patient informieren

Patient anleiten

Patient beraten

Anhang



- | | |
|------------------------|--------------------------|
| Angehörige informieren | <input type="checkbox"/> |
| Angehörige anleiten | <input type="checkbox"/> |
| Angehörige beraten | <input type="checkbox"/> |
| betrifft mich nicht | <input type="checkbox"/> |
| keine Angabe | <input type="checkbox"/> |

- A17. Zu welchen Inhalten informieren, anleiten und/oder beraten Sie im Allgemeinen Patienten mit chronischen Wunden und ggf. deren Angehörige?

Zu Übungen, die das Sprunggelenk und die Muskelpumpe aktivieren

...

informieren: Vermittlung von Faktenwissen mit dem Ziel Transparenz zu schaffen, um Sicherheit im Handeln zu erreichen und Möglichkeiten zur Altenentscheidung zu geben. anleiten: Wissenvermittlung mit dem Ziel, dieses Wissen im Folgenden anwenden zu können. beraten: Unterstützung bei der Suche nach Lösungsmöglichkeiten und/oder Entscheidungshilfe bei der Bewältigung neuer bzw. schwieriger Lebenssituationen zu geben. Aktivierung der Eigenverantwortlichkeit und Kompetenz des Betroffenen.

- | | |
|------------------------|--------------------------|
| Patient informieren | <input type="checkbox"/> |
| Patient anleiten | <input type="checkbox"/> |
| Patient beraten | <input type="checkbox"/> |
| Angehörige informieren | <input type="checkbox"/> |
| Angehörige anleiten | <input type="checkbox"/> |
| Angehörige beraten | <input type="checkbox"/> |
| betrifft mich nicht | <input type="checkbox"/> |
| keine Angabe | <input type="checkbox"/> |

- A18. Zu welchen Inhalten informieren, anleiten und/oder beraten Sie im Allgemeinen Patienten mit chronischen Wunden und ggf. deren Angehörige?

Zu Hochlegen/Niederlegen der Beine ...

informieren: Vermittlung von Faktenwissen mit dem Ziel Transparenz zu schaffen, um Sicherheit im Handeln zu erreichen und Möglichkeiten zur Altenentscheidung zu geben. anleiten: Wissenvermittlung mit dem Ziel, dieses Wissen im Folgenden anwenden zu können. beraten: Unterstützung bei der Suche nach Lösungsmöglichkeiten und/oder Entscheidungshilfe bei der Bewältigung neuer bzw. schwieriger Lebenssituationen zu geben. Aktivierung der Eigenverantwortlichkeit und Kompetenz des Betroffenen.

- | | |
|---------------------|--------------------------|
| Patient informieren | <input type="checkbox"/> |
|---------------------|--------------------------|

Anhang



- | | |
|------------------------|--------------------------|
| Patient anleiten | <input type="checkbox"/> |
| Patient beraten | <input type="checkbox"/> |
| Angehörige informieren | <input type="checkbox"/> |
| Angehörige anleiten | <input type="checkbox"/> |
| Angehörige beraten | <input type="checkbox"/> |
| betrifft mich nicht | <input type="checkbox"/> |
| keine Angabe | <input type="checkbox"/> |

- A19. Zu welchen Inhalten informieren, anleiten und/oder beraten Sie im Allgemeinen Patienten mit chronischen Wunden und ggf. deren Angehörige?

Zur Druckentlastung der Wunde (Hilfsmittel wie Orthesen, Matratzen, Kissen oder Bewegungsförderung/Umlagerung) ...

informieren: Vermittlung von Faktenwissen mit dem Ziel Transparenz zu schaffen, um Sicherheit im Handeln zu erreichen und Möglichkeiten zur Mittentscheidung zu geben. anleiten: Wissenvermittlung mit dem Ziel, dieses Wissen im Folgenden anwenden zu können. beraten: Unterstützung bei der Suche nach Lösungsmöglichkeiten und/oder Entscheidungshilfe bei der Bewältigung neuer bzw. schwieriger Lebenssituationen zu geben. Aktivierung der Eigenverantwortlichkeit und Kompetenz des Betroffenen.

- | | |
|------------------------|--------------------------|
| Patient informieren | <input type="checkbox"/> |
| Patient anleiten | <input type="checkbox"/> |
| Patient beraten | <input type="checkbox"/> |
| Angehörige informieren | <input type="checkbox"/> |
| Angehörige anleiten | <input type="checkbox"/> |
| Angehörige beraten | <input type="checkbox"/> |
| betrifft mich nicht | <input type="checkbox"/> |
| keine Angabe | <input type="checkbox"/> |

Anhang



- A20. Zu welchen Inhalten informieren, anleiten und/oder beraten Sie im Allgemeinen Patienten mit chronischen Wunden und ggf. deren Angehörige?

Zu Hautschutz und Hautpflege ...

Informieren: Vermittlung von Faktenwissen mit dem Ziel Transparenz zu schaffen, um Sicherheit im Handeln zu erreichen und Möglichkeiten zur Mittentscheidung zu geben. anleiten: Wissenvermittlung mit dem Ziel, dieses Wissen im Folgenden anwenden zu können. beraten: Unterstützung bei der Suche nach Lösungsmöglichkeiten und/oder Entscheidungshilfe bei der Bewältigung neuer bzw. schwieriger Lebenssituationen zu geben. Aktivierung der Eigenverantwortlichkeit und Kompetenz des Betroffenen.

- Patient informieren
Patient anleiten
Patient beraten
Angehörige informieren
Angehörige anleiten
Angehörige beraten
betrifft mich nicht
keine Angabe

- A21. Zu welchen Inhalten informieren, anleiten und/oder beraten Sie im Allgemeinen Patienten mit chronischen Wunden und ggf. deren Angehörige?

Zu Ernährung und ggf. Gewichtsreduktion (z. B. Nahrungsbeschaffung, Ernährungsgewohnheiten) ...

Informieren: Vermittlung von Faktenwissen mit dem Ziel Transparenz zu schaffen, um Sicherheit im Handeln zu erreichen und Möglichkeiten zur Mittentscheidung zu geben. anleiten: Wissenvermittlung mit dem Ziel, dieses Wissen im Folgenden anwenden zu können. beraten: Unterstützung bei der Suche nach Lösungsmöglichkeiten und/oder Entscheidungshilfe bei der Bewältigung neuer bzw. schwieriger Lebenssituationen zu geben. Aktivierung der Eigenverantwortlichkeit und Kompetenz des Betroffenen.

- Patient informieren
Patient anleiten
Patient beraten
Angehörige informieren
Angehörige anleiten
Angehörige beraten

Anhang



betrifft mich nicht

keine Angabe

- A22. Zu welchen Inhalten informieren, anleiten und/oder beraten Sie im Allgemeinen Patienten mit chronischen Wunden und ggf. deren Angehörige?

Zur Blutzuckereinstellung ...

Informieren: Vermittlung von Faktenwissen mit dem Ziel Transparenz zu schaffen, um Sicherheit im Handeln zu erreichen und Möglichkeiten zur Mitentscheidung zu geben. Anleiten: Wissensvermittlung mit dem Ziel, dieses Wissen im Folgenden anwenden zu können. Beraten: Unterstützung bei der Suche nach Lösungsmöglichkeiten und/oder Entscheidungshilfe bei der Bewältigung neuer bzw. schwieriger Lebenssituationen zu geben. Aktivierung der Eigenverantwortlichkeit und Kompetenz des Betroffenen.

Patient informieren

Patient anleiten

Patient beraten

Angehörige informieren

Angehörige anleiten

Angehörige beraten

betrifft mich nicht

keine Angabe

- A23. Zu welchen Inhalten informieren, anleiten und/oder beraten Sie im Allgemeinen Patienten mit chronischen Wunden und ggf. deren Angehörige?

Zur Raucherentwöhnung ...

Informieren: Vermittlung von Faktenwissen mit dem Ziel Transparenz zu schaffen, um Sicherheit im Handeln zu erreichen und Möglichkeiten zur Mitentscheidung zu geben. Anleiten: Wissensvermittlung mit dem Ziel, dieses Wissen im Folgenden anwenden zu können. Beraten: Unterstützung bei der Suche nach Lösungsmöglichkeiten und/oder Entscheidungshilfe bei der Bewältigung neuer bzw. schwieriger Lebenssituationen zu geben. Aktivierung der Eigenverantwortlichkeit und Kompetenz des Betroffenen.

Patient informieren

Patient anleiten

Patient beraten

Angehörige informieren

Angehörige anleiten

Anhang



Angehörige beraten

betrifft mich nicht

keine Angabe

- A24. Liegt im Allgemeinen in ambulanten Pflegediensten - mit denen Sie gemeinsam Patienten betreuen - eine intra- und interprofessionell geltende Verfahrensregelung zur Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden vor?

Die Verfahrensregelung stellt sicher, dass eine pflegerische Fachexpertin zur Verfügung steht, erforderliche Materialien für Assessment und Dokumentation bereitzustellen.

Folgende Punkte sollen enthalten sein:

Klärung der berufsgruppeninternen und -übergreifenden Zusammenarbeit Zuständigkeit für die spezifische Diagnosestellung und Therapieentscheidung Art und Einsatz von Verbandmaterialien/Hilfsmitteln Zuständigkeiten für die Koordination des Versorgungsprozesses

Ja

Nein

- A25. Liegt im Allgemeinen in stationären Pflegeeinrichtungen - in welchen Sie Patienten betreuen - eine intra- und interprofessionell geltende Verfahrensregelung zur Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden vor?

Die Verfahrensregelung stellt sicher, dass eine pflegerische Fachexpertin zur Verfügung steht, erforderliche Materialien für Assessment und Dokumentation bereitzustellen.

Folgende Punkte sollen enthalten sein:

Klärung der berufsgruppeninternen und -übergreifenden Zusammenarbeit Zuständigkeit für die spezifische Diagnosestellung und Therapieentscheidung Art und Einsatz von Verbandmaterialien/Hilfsmitteln Zuständigkeiten für die Koordination des Versorgungsprozesses

Ja

Nein

Anhang



- A26. Stehen Ihnen im Allgemeinen Materialien für einen hygienischen Verbandwechsel in der Häuslichkeit des Patienten mit chronischer Wunde zur Verfügung, der gleichzeitig durch einen ambulanten Pflegedienst in der Wundversorgung betreut wird?

Dazu gehören zum Beispiel:

Desinfektionsmittel sterile Instrumente Schutzkleidung

Ja
Nein

- A27. Stehen Ihnen im Allgemeinen Materialien für einen hygienischen Verbandwechsel in der stationären Pflegeeinrichtungen zur Verfügung, in der Ihr Patienten mit einer chronischen Wunde lebt und in der Wundversorgung vor Ort betreut wird?

Dazu gehören zum Beispiel:

Desinfektionsmittel sterile Instrumente Schutzkleidung

Ja
Nein

- A28. Liegen zielgruppenspezifische Einschätzinstrumente in Ihrer Praxis vor?

Zielgruppenspezifische Einschätzinstrumente sind zum Beispiel: Allgemeine Klassifikationen für die ärztliche Wunddiagnose Klassifikation Detektive Klassifikation der chronisch-venösen Insuffizienz Klassifikation Diabetisches Fußsyndrom Fragebogen zur Erfassung der Lebensqualität

Ja
Nein

- A29. Liegen erforderliche Materialien zur Beratung, Schulung und Anleitung in Ihrer Praxis vor?

Vermöndliche Materialien wie zum Beispiel:

Broschüren Literaturlisten Filme

Ja
Nein

Anhang



- A26. Stehen Ihnen im Allgemeinen Materialien für einen hygienischen Verbandwechsel in der Häuslichkeit des Patienten mit chronischer Wunde zur Verfügung, der gleichzeitig durch einen ambulanten Pflegedienst in der Wundversorgung betreut wird?

Dazu gehören zum Beispiel:

Desinfektionsmittel sterile Instrumente Schutzkleidung

Ja
Nein

- A27. Stehen Ihnen im Allgemeinen Materialien für einen hygienischen Verbandwechsel in der stationären Pflegeeinrichtungen zur Verfügung, in der Ihr Patienten mit einer chronischen Wunde lebt und in der Wundversorgung vor Ort betreut wird?

Dazu gehören zum Beispiel:

Desinfektionsmittel sterile Instrumente Schutzkleidung

Ja
Nein

- A28. Liegen zielgruppenspezifische Einschätzinstrumente in Ihrer Praxis vor?

Zielgruppenspezifische Einschätzinstrumente sind zum Beispiel: Allgemeine Klassifikationen für die ärztliche Wunddiagnose Klassifikation Detektive Klassifikation der chronisch-venösen Insuffizienz Klassifikation Diabetisches Fußsyndrom Fragebogen zur Erfassung der Lebensqualität

Ja
Nein

- A29. Liegen erforderliche Materialien zur Beratung, Schulung und Anleitung in Ihrer Praxis vor?

Vermöndliche Materialien wie zum Beispiel:

Broschüren Literaturlisten Filme

Ja
Nein



Teil B: Kommunikation zwischen Hausarzt und Pflege

Mit den folgenden Fragen möchten wir erfahren, welche Instrumente Sie in Ihrer täglichen Arbeit verwenden, um ein allgemeines und wundspezifisches Assessment bei Patienten mit chronischen Wunden durchführen zu können.

- B1. Verwenden Sie folgende Klassifikationen, um allgemein Ulzera beschreiben zu können?

Schweregradeinteilung von Ulzera (Knighton et al. 1990) ja nein

Chirurgische Einteilung nach Daniel (Daniel et al. 1979) ja nein

Schweregradeinteilung von Ulzera (Knighton et al. 1990) bekannt nicht bekannt

Chirurgische Einteilung nach Daniel (Daniel et al. 1979) bekannt nicht bekannt

- B2. Verwenden Sie folgende Klassifikationssysteme, um ein diabetisches Fußsyndrom zu beschreiben?

Stadieneinteilung diabetischer Fußläsionen nach Wagner (Wagner 1981) ja nein

Klassifikation nach Wagner/Armstrong (Wagner 1981; Armstrong et al. 1998) ja nein

Verlaufsstadien der diabetischen Neuroosteoarthropathie nach Levin ja nein

Klinische Klassifikation der Fußinfektionen (DGfW, 2012) ja nein

Stadieneinteilung diabetischer Fußläsionen nach Wagner (Wagner 1981) bekannt nicht bekannt

Klassifikation nach Wagner/Armstrong (Wagner 1981; Armstrong et al. 1998) bekannt nicht bekannt

Verlaufsstadien der diabetischen Neuroosteoarthropathie nach Levin bekannt nicht bekannt

Klinische Klassifikation der Fußinfektionen (DGfW, 2012) bekannt nicht bekannt

- B3. Verwenden Sie folgende Klassifikationssysteme, um einen Dekubitus zu beschreiben?

Akkutinformation:

EPUAP = Europäische Klassefikation (Stadium I bis IV) NPUAP = Amerikanische Klassefikation (Stadium I bis IV plus "Keine Kategorie" plus "Vermutete tiefe Gewebebeschädigung")

European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP), Grad I "nicht wegdrückbare Rötung" bis zu Grad IV "vollständiger Haut- oder Gewebeverlust" ja nein

Anhang



National Pressure Ulcer Advisory (NPAUP) Kategorie I "nicht wegdrückbare Rötung" bis IV "vollständiger Haut- und Gewebeverlust". Zusätzlich zwei Kategorien: "uneinstufbar/nicht klassifizierbar: vollständiger Haut- oder Gewebeverlust - unbekannte Tiefe; vermutete tiefe Gewebschädigung - unbekannte Tiefe"

ja nein

European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP), Grad I "nicht wegdrückbare Rötung" bis zu Grad IV "vollständiger Haut- oder Gewebeverlust"

bekannt nicht

National Pressure Ulcer Advisory (NPAUP) Kategorie I "nicht wegdrückbare Rötung" bis IV "vollständiger Haut- und Gewebeverlust". Zusätzlich zwei Kategorien: "uneinstufbar/nicht klassifizierbar: vollständiger Haut- oder Gewebeverlust - unbekannte Tiefe; vermutete tiefe Gewebschädigung - unbekannte Tiefe"

B4. Verwenden Sie folgende Klassifikationssysteme, um ein Ulcus cruris venosum zu beschreiben?

Klassifikation der chronisch-venösen Insuffizienz nach Widmer (1978)

ja nein

Klassifikation der chronisch-venösen Insuffizienz nach Widmer modifiziert nach Marshall (Marshall und Wüstenberg 1994)

Clinical condition, Etiology, Anatomic, Pathophysiology (CEAP-Schema) (Porter und Moneta 1995)

Klassifikation der chronisch-venösen Insuffizienz nach Widmer (1978)

bekannt nicht

Klassifikation der chronisch-venösen Insuffizienz nach Widmer modifiziert nach Marshall (Marshall und Wüstenberg 1994)

Clinical condition, Etiology, Anatomic, Pathophysiology (CEAP-Schema) (Porter und Moneta 1995)

B5. Verwenden Sie folgende Klassifikationssysteme, um ein Ulcus cruris arteriosum zu beschreiben?

Stadieneinteilung nach Fontaine (AWMF 2009)

ja nein

Stadieneinteilung nach Rutherford (Rutherford & Becker 1991)

Stadieneinteilung nach Fontaine (AWMF 2009)

bekannt nicht

Stadieneinteilung nach Rutherford (Rutherford & Becker 1991)

B6. Welche Kriterien zur Wundbeobachtung wenden Sie an?

Grund, Rand, Exsudation, Inflammation, Symptomatik = GREIS

ja nein

Anhang



<p>Umgebung, Fläche, Exsudat, Rand = UFER</p> <p>Perfusion (Durchblutung), EXTENT/SIZE (Fläche/Größe), Depth (Tiefe), Infection (Infektion), Sensation (Sinneswahrnehmung/Empfindung) = PEDIS</p> <p>Depth (Tiefe), Exsudate (Exsudat), Size (Größe), Infection (Infektion), Granulation (Granulation), Necrosis (Nekrose) = DESIGN</p> <p>Umgebung, Rand, Grund, Exsudat = URGE</p> <p>Measure (Maßangabe), Exsudate (Exsudat), Appearance (Aussehen), Suffering (Schmerz/Leid), Undermining (Unterminierung), Reevaluate (Neueinschätzung), Edge (Rand) = MEASURE</p> <p>Couleur (Farbe), Depth (Tiefe), Diameter (Durchmesser) = CODED</p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<p>Grund, Rand, Exsudation, Inflammation, Symptomatik = GREIS</p> <p>Umgebung, Fläche, Exsudat, Rand = UFER</p> <p>Perfusion (Durchblutung), EXTENT/SIZE (Fläche/Größe), Depth (Tiefe), Infection (Infektion), Sensation (Sinneswahrnehmung/Empfindung) = PEDIS</p> <p>Depth (Tiefe), Exsudate (Exsudat), Size (Größe), Infection (Infektion), Granulation (Granulation), Necrosis (Nekrose) = DESIGN</p> <p>Umgebung, Rand, Grund, Exsudat = URGE</p> <p>Measure (Maßangabe), Exsudate (Exsudat), Appearance (Aussehen), Suffering (Schmerz/Leid), Undermining (Unterminierung), Reevaluate (Neueinschätzung), Edge (Rand) = MEASURE</p> <p>Couleur (Farbe), Depth (Tiefe), Diameter (Durchmesser) = CODED</p>	<input type="checkbox"/> bekannt <input type="checkbox"/> nicht bekannt <input type="checkbox"/> bekannt <input type="checkbox"/> nicht bekannt
<p>B7. Welche Berechnungsmethode verwenden Sie, um die Wundgröße zu beschreiben?</p>	
<p>Erfassung der größten Länge und der Breite der Wunde mit Lineal (Perpendiculare Methode)</p> <p>Erfassung der größten Länge von 12-6 Uhr und Breite von 9-13 Uhr mit Lineal (Uhrmethode)</p> <p>Mechanische und/oder digitale Planimetrie z.B. Vistrak mit transparenter Folie (Tracing)</p> <p>Fotographie mit digitaler Berechnungsmethode</p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<p>Erfassung der größten Länge und der Breite der Wunde mit Lineal (Perpendiculare Methode)</p> <p>Erfassung der größten Länge von 12-6 Uhr und Breite von 9-13 Uhr mit Lineal (Uhrmethode)</p>	<input type="checkbox"/> bekannt <input type="checkbox"/> nicht bekannt <input type="checkbox"/> bekannt <input type="checkbox"/> nicht bekannt

Anhang



bekannt nicht
bekannt

Mechanische und/oder digitale Planimetrie z.B. Vistrak mit transparenter Folie (Tracing)

Fotographie mit digitaler Berechnungsmethode

B8. Welche Instrumente verwenden Sie zur Einschätzung der Ernährungssituation des Patienten?

Körpergewicht

Körperhöhe/-größe

Oberarmhautfaltendicke (Triceps skinfold (TSF))

Oberarmmuskumfang (Midarm muscle circumference)

Body Mass Index

Mini Nutritional Assessment

Ess- und Trinkprotokoll

Laborparameter

Energiebedarfsrechnung z. B. nach Harris Benedict

Keine Angabe

Sonstiges

Sonstiges

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

B9. Welche Instrumente verwenden Sie zur Einschätzung und Analyse der Schmerzsituation?

ja nein

Visuelle Analogskala (VAS)

Numerische Rating Skala (NRS)

Verbale Rating Skala (VRS)

Baker Wong Skala (Smilies)

McGill Pain Questionnaire

bekannt nicht
bekannt

Visuelle Analogskala (VAS)

Numerische Rating Skala (NRS)

Anhang



bekannt nicht
bekannt

Verbale Rating Skala (VRS)

—

Baker Wong Skala (Smilies)

—

McGill Pain Questionnaire

—

- B10.** Wie bewerten Sie im Allgemeinen die Zusammenarbeit mit Pflegefachkräften in ambulanten Pflegediensten im Bereich Wundversorgung?

1 (sehr gut) 2 (gut) 3 (befriedigend) 4 (ausreichend) 5 (mangelhaft)

1
2
3
4
5

- B11.** Wie bewerten Sie im Allgemeinen die Zusammenarbeit mit Pflegefachkräften in stationären Pflegeeinrichtungen im Bereich Wundversorgung?

1 (sehr gut) 2 (gut) 3 (befriedigend) 4 (ausreichend) 5 (mangelhaft)

1
2
3
4
5

Anhang



B12. Was würden Sie sich für die weitere Zusammenarbeit mit Pflegefachkräften aus dem ambulanten Setting in der Wundversorgung wünschen?

B13. Was würden Sie sich für die weitere Zusammenarbeit mit Pflegefachkräften aus dem stationären Setting in der Wundversorgung wünschen?



- B14. Haben Sie in Ihrer ärztlichen Tätigkeit miterlebt, dass es in der Patienten-Versorgung zu Prozessbrüchen und/oder Versorgungslücken im Gesundheitswesen bei Menschen mit chronischen Wunden kam?

Prozessbrüche und/oder Versorgungslücken im Gesundheitswesen können folgende Gruppen und/oder Personen betreffen: Patient/Familie, Gesundheitszustand, Kostenträger, Helfer, Leistungserbringer, Entscheidungsträger, Organisation, System, Netzwerk, Berufsgruppen, Profession, Regulieren/Vorschriften, Community/Gesellschaft

Ja

Nein

- B15. In welcher Situation kam es nach Ihrer Ansicht in der Patienten-Versorgung zu Prozessbrüchen und/oder Versorgungslücken im Gesundheitswesen bei Menschen mit chronischen Wunden? Bitte beschreiben Sie kurz Ihre erlebte Situation. Vielen Dank.

Teil C: Schulungs- und Fortbildungsbedarf

Wir sind daran interessiert, in welchem Umfang Sie in den letzten 24 Monaten an Schulungs- und Fortbildungmaßnahmen teilgenommen haben und zu welchen Themen Sie ggf. weiteren Schulungsbedarf sehen.

C1.

Haben Sie in den letzten 24 Monaten an einer Fortbildung mit folgenden Inhalten teilgenommen?
"Einschätzung von wund- und therapiebedingten Einschränkungen"

Ja Nein

Umgang mit Einschätzungsinstrumenten

Kriterien für die ärztliche Wundanamnese

Arten von wund- und therapiebedingten Einschränkungen

Bedarf Kein Bedarf

Umgang mit Einschätzungsinstrumenten

Kriterien für die ärztliche Wundanamnese

Anhang



Bedarf Kein
Bedarf

Arten von wund- und therapiebedingten Einschränkungen

- C2. Haben Sie in den letzten 24 Monaten an einer Fortbildung mit folgenden Inhalten teilgenommen?

"Krankheitsspezifische Maßnahmen zur Behandlung wundbedingter Einschränkungen"

Ja Nein

Druckentlastung bei Dekubitalulcera und/oder Diabetischem Fußsyndrom

 -

Bewegungsförderung bei Diabetischem Fußsyndrom und/oder Ulcus cruris venosum ggf. mixtum

 -

Kompressionstherapie

 -

Ernährung

 -

Umgang mit Schmerzen

 -

Wundgeruch

 -

Wundexsudat

 -

Bedarf Kein
Bedarf

Druckentlastung bei Dekubitalulcera und/oder Diabetischem Fußsyndrom

 -

Bewegungsförderung bei Diabetischem Fußsyndrom und/oder Ulcus cruris venosum ggf. mixtum

 -

Kompressionstherapie

 -

Ernährung

 -

Umgang mit Schmerzen

 -

Wundgeruch

 -

Wundexsudat

 -

- C3. Haben Sie in den letzten 24 Monaten an einer Fortbildung mit folgenden Inhalten teilgenommen?

"Wundversorgung"

Ja Nein

Infektionsprophylaxe

 -

Anhang



Umgang mit sterilen Materialien und speziellen Wundauflagen Ja Nein

Techniken von Wundspülungen und Umgang mit sterilen Wundspülösungen

Dokumentation und Evaluation von Wundversorgung

Bedarf Kein Bedarf

Infektionsprophylaxe

Umgang mit sterilen Materialien und speziellen Wundauflagen

Techniken von Wundspülungen und Umgang mit sterilen Wundspülösungen

Dokumentation und Evaluation von Wundversorgung

- C4. Haben Sie in den letzten 24 Monaten an einer Fortbildung mit folgenden Inhalten teilgenommen?

"Beratung, Schulung und Anleitung sowie Forderung des gesundheitsbezogenen Selbstmanagements"

Ja Nein

Gesprächsführung (Patientenzentrierte Gesprächsführung, Umgang mit Angehörigen)

Umgang mit schriftlichem Material (Informationsbroschüren)

Lernformen und Lerntypen

Spezielle Beratungs- und Schulungsinhalte

Bedarf Kein Bedarf

Gesprächsführung (Patientenzentrierte Gesprächsführung, Umgang mit Angehörigen)

Umgang mit schriftlichem Material (Informationsbroschüren)

Lernformen und Lerntypen

Spezielle Beratungs- und Schulungsinhalte

- C5. Haben Sie in den letzten 24 Monaten an einer Fortbildung mit folgenden Inhalten teilgenommen?

"Beurteilung von Wundheilungsverläufen"

Ja Nein

Wundheilungsstadien

Anhang



Beschreibung von Wundzuständen Ja Nein

Zeichen für Verschlechterung oder Komplikationen Ja Nein

Wundheilungsstadien Bedarf Kein Bedarf

Beschreibung von Wundzuständen Ja Nein

Zeichen für Verschlechterung oder Komplikationen Ja Nein

C6. Haben Sie in den letzten 24 Monaten an einer Fortbildung mit folgenden Inhalten teilgenommen?

"Beurteilung der Effektivität von Maßnahmen zur Minimierung wund- und therapiebedingter Einschränkungen"

Verlaufsbeschreibung Ja Nein

Erkennen von Anzeichen für eine Verbesserung der Lebensqualität Ja Nein

Überprüfungsmöglichkeiten der Wirksamkeit eingeleiteter Maßnahmen Ja Nein

Verlaufsbeschreibung Bedarf Kein Bedarf

Erkennen von Anzeichen für eine Verbesserung der Lebensqualität Ja Nein

Überprüfungsmöglichkeiten der Wirksamkeit eingeleiteter Maßnahmen Ja Nein

C7. Ist es für Sie wichtig, die Schulungs- und Fortbildungsmaßnahmen gemeinsam mit anderen Berufsgruppen zu besuchen?

Ja
Nein

C8. Wenn ja, mit welchen Berufsgruppen?

Pflegefachkräfte (Altenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Gesundheits- und Krankenpfleger)

Apotheker

Diabetologen

Phlebologen

Diabetesberater

Anhang



- Heilpraktiker
- Medizinische Fachangestellte (MFA)
- Physiotherapeut
- Orthopädie-Techniker
- Orthopädie-Schuhmacher
- Bandagist
- Ernährungsberater
- Podologe
- Chirurgisch technischer Assistent (CTA)
- Chirurgisch operativer Assistent (COA)
- Sonstiges

Sonstiges

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Teil D: Versorgungsstrukturen

Die Prävalenz von Menschen mit chronischen Wunden ist im Saarland nicht bekannt. Durch diesen Fragenkomplex helfen Sie uns Transparenz und eine fundierte Datenlage zu schaffen.

- D1. Wie viele Patienten betreuen Sie, die zusätzlich durch einen ambulanten Pflegedienst versorgt werden?

--	--	--	--	--	--

- D2. Wie viele Patienten mit einer chronischen Wunde versorgen Sie gemeinsam mit einem ambulanten Pflegedienst?

--	--	--	--	--	--

- D3. Wie viele Patienten von Ihnen, die durch einen ambulanten Pflegedienst versorgt werden, weisen folgende Wunde(n) auf (Bitte Angabe zu Wundart und Anzahl der Patienten gesamt)?

- Ulcus cruris venosum
- Ulcus cruris arteriosum
- Ulcus cruris mixtum
- Ulcus, unbekannter Genese
- Dekubitus Grad 1 (nach EPUAP)
- Dekubitus Grad 2 (nach EPUAP)
- Dekubitus Grad 3 (nach EPUAP)
- Dekubitus Grad 4 (nach EPUAP)

Anhang



Diabetisches Fußsyndrom

Sonstiges

Sonstiges

--	--	--	--	--	--	--	--	--

- D4. Wie viele Patienten betreuen Sie, die in einer stationären Pflegeeinrichtung leben?

--	--	--	--	--	--

- D5. Wie viele Patienten mit einer chronischen Wunde versorgen Sie in stationären Pflegeeinrichtungen?

--	--	--	--	--	--

- D6. Wie viele Patienten von Ihnen, die in einer stationären Pflegeeinrichtung leben, weisen folgende Wunde(n) auf (Bitte Angabe zu Wundart und Anzahl der Patienten gesamt)?

Ulcus cruris venosum

Ulcus cruris arteriosum

Ulcus cruris mixtum

Ulcus, unbekannter Genese

Dekubitus Grad 1 (nach EPUAP)

Dekubitus Grad 2 (nach EPUAP)

Dekubitus Grad 3 (nach EPUAP)

Dekubitus Grad 4 (nach EPUAP)

Diabetisches Fußsyndrom

Sonstiges

Sonstiges

--	--	--	--	--	--	--	--	--

- D7. Wer trifft im Allgemeinen die Entscheidung darüber, welche Materialien in der Wundversorgung bei Menschen mit chronischen Wunden eingesetzt werden?

Hausärztin/Hausarzt

Medizinische Fachangestellte

Pflegefachkräfte

Kostenträger (Krankenkassen)

Externe Wundmanager

Anhang



Sonstiges



Sonstiges

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

D8. Haben Sie Ansprechpartnerinnen/Ansprechpartner, die Ihnen bei der Entscheidung für eine geeignete Wundtherapie bei Menschen mit chronischen Wunden als Unterstützung dienen?

Ja



Nein



D9. Wer zählt zu den Ansprechpartnerinnen/Ansprechpartnern, die Sie in Ihren Überlegungen zu einer geeigneten Wundbehandlung von Menschen mit chronischen Wunden beraten?

Medizinische Fachangestellte



Pflegefachkräfte



Fachärzte



Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung



Vertreter der Ärztekammer



Vertreter des Hausärzteverbandes



Vertreter des Wundnetzes Saar e.V.



Vertreter von Homecare-Unternehmen



Sonstiges



Sonstiges

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Teil E: Fragen zu Ihrer Person

E1. Welches Geschlecht haben Sie?

weiblich



männlich



E2. Welche Qualifikation haben Sie?

Allgemeinmedizinerin/Allgemeinmediziner



Ärztin/Arzt



Praktische Ärztin/Praktischer Arzt



Internistin/Internist



Anhang



Sonstiges

Sonstiges

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

E3. Besitzen Sie weitere Qualifikationen, die Sie im Bereich Wundversorgung erworben haben?

Ja

Nein

E4. Welche weitere Qualifikation weisen Sie auf?

Ärztlicher Wundexperte ® | Initiative Chronische Wunden (ICW) PersCert TÜV

Wundexperte ® | Initiative Chronische Wunden (ICW)

Fachtherapeut/-in Wunde ® | Initiative Chronische Wunde (ICW)

Wundassistent/-in - WAcert ® | Deutsche Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung (DGfW)

Wundtherapeut/-in - WAcert ® | Deutsche Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung (DGfW)

Wundbehandlungsseminar SAfW/H+ | Swiss Association for Wound Care (SAfW)

Spezielle Schmerztherapie

Palliativmedizin

Phlebologie

Sonstiges

Sonstiges

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

E5. Sind Sie Mitglied in einem Wundnetz oder in einer Fachgesellschaft mit dem Schwerpunkt Wundversorgung?

Ja

Nein

E6. In welchem Netzwerk oder in welcher Gesellschaft sind Sie aktives Mitglied?

Wundnetz Saar e.V.

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

Initiative Chronische Wunde (ICW)

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

Sonstiges

Sonstiges

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Anhang



E7. Bitte geben Sie Ihre gesamte Berufserfahrung in Jahren an (Zeit nach Ihrer Approbation)

Zeit nach Ihrer Approbation				

E8. Seit wann sind Sie als Vertragsärztin/Vertragsarzt tätig? (Dauer in Jahren)

--	--	--	--	--

E9. In welcher Praxisform sind Sie als Hausärztin/Hausarzt tätig?

Einzelpraxis

Praxisgemeinschaft

Gemeinschaftspraxis

Medizinisches Versorgungszentrum

Sonstiges

Sonstiges

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

E10. In welchem Landkreis sind Sie tätig?

Merzig-Wadern

Neunkirchen

Stadtverband Saarbrücken

Saarbrücken

Saarpfalz-Kreis

St. Wendel

Anhang



- E11.** Liegt Ihnen noch etwas auf dem Herzen, was Sie uns mitteilen möchten? Haben wir Sie etwas nicht gefragt, was Sie in der Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden als wichtig erachten?

Herzlichen Dank für Ihre Zeit und Unterstützung.

Bei Fragen und Anmerkungen können Sie sich gerne jederzeit an mich wenden:

Désirée Schäfer Zentrum Allgemeinmedizin der Medizinischen Fakultät der
Universität des Saarlandes Gebäude 80.2 66421 Homburg/Saar Telefon: 06841/
1626805 E-Mail: Desiree.Schaefer@uks.eu

Anhang

II.V.IV Ergebnisse der quantitativen Auswertung der Befragung von Hausärzten

Teil A: Einschätzung von wund- und therapiebedingten Einschränkungen

Zu welchen Inhalten informieren, anleiten und/oder beraten Sie in der Regel Patienten mit chronischen Wunden und ggf. deren Angehörige?



Abbildung 207: Ursachen der Wunde (HA)



Abbildung 208: Heilung der Wund & Wundheilungszeit (HA)

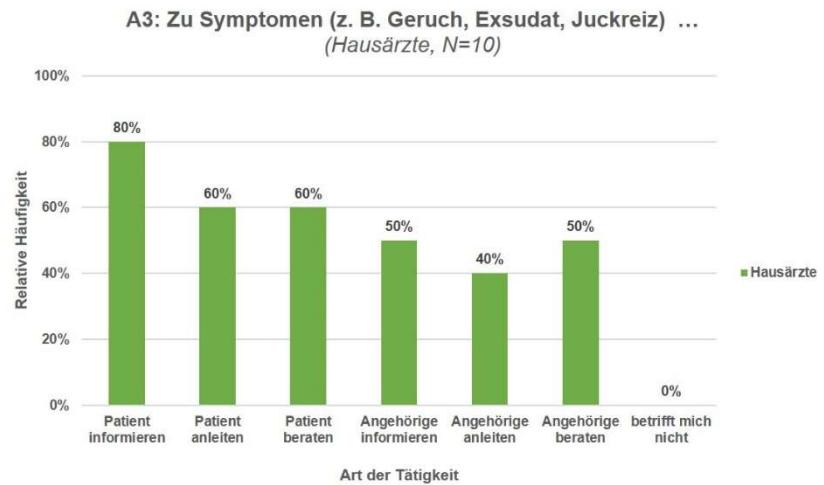


Abbildung 209: Symptome (HA)

Anhang

**A4: Zur Bedeutung spezieller Maßnahmen
(z. B. Druckentlastung, Bewegung, Kompression)
(Hausärzte, N=10)**

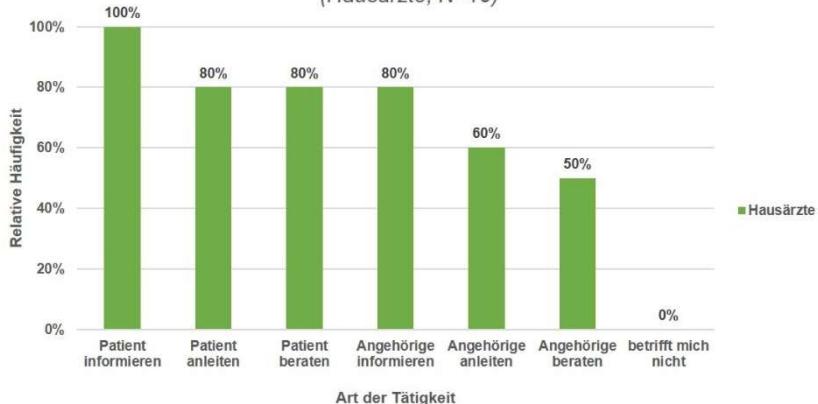


Abbildung 210: Spezielle Maßnahmen (HA)

**A7: Zu Abhängigkeit personeller Hilfe ...
(Hausärzte, N=10)**

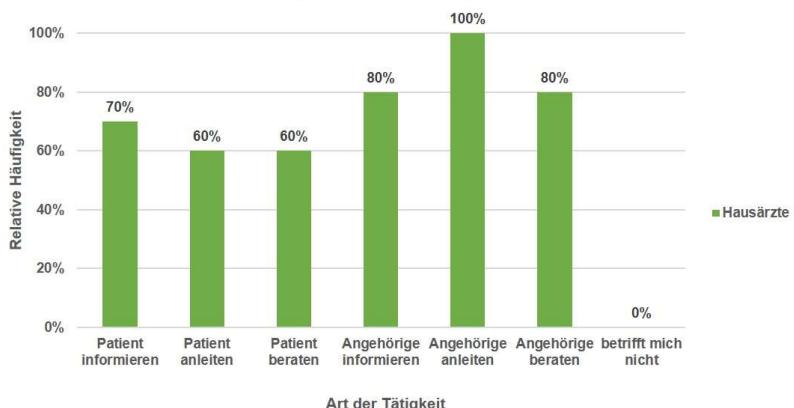


Abbildung 211: Abhängigkeit personeller Hilfe (HA)

**A10: Zu Schwierigkeiten bei Kleidungs- und Schuhwahl ...
(Hausärzte, N=10)**

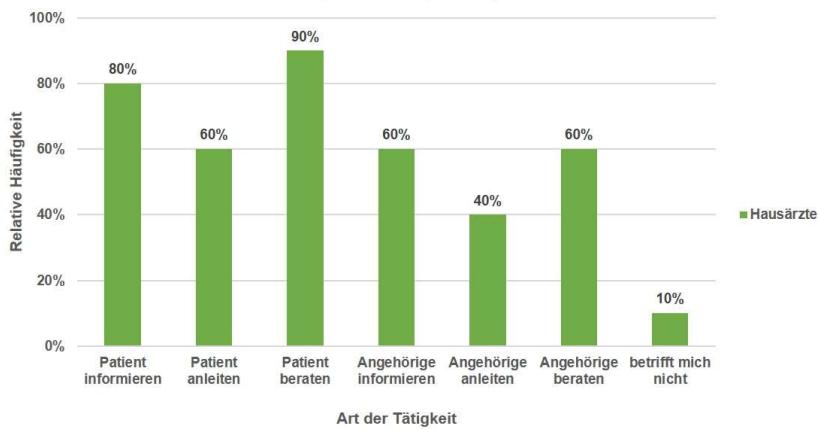


Abbildung 212: Schwierigkeiten bei Kleidungs- und Schuhwahl (HA)

Anhang

A11: Zu Schwierigkeiten zur Aufrechterhaltung der persönlichen Hygiene ...
(Hausärzte, N=10)

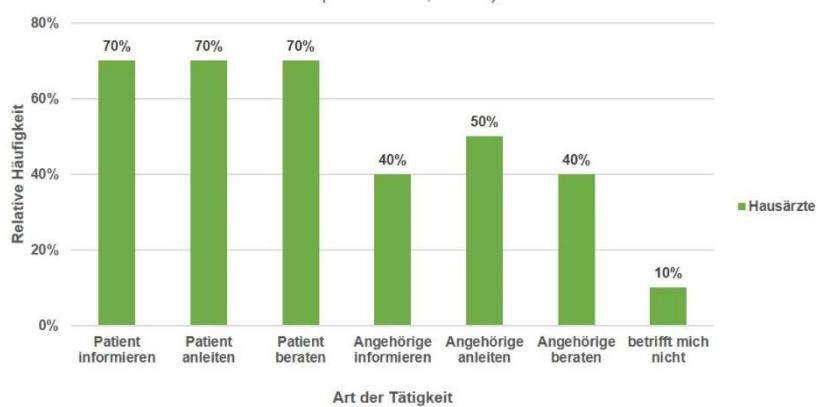


Abbildung 213: Persönliche Hygiene (HA)

A13: Zu wundbezogenen Hilfsmitteln
(z. B. Kompressionsstrümpfe, Orthesen, druckreduzierende Matratzen) ...
(Hausärzte, N=10)

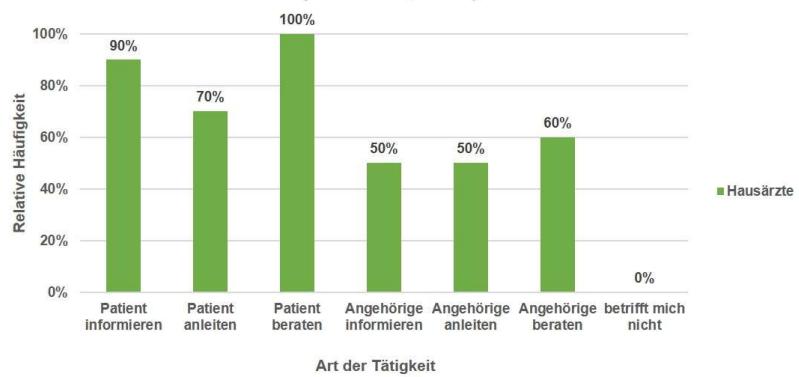


Abbildung 214: Wundbezogene Hilfsmittel (HA)

A14: Zur Wunde und Verbandwechsel
(z. B. Wundgeruch, Schmerzen beim Verbandwechsel) ...
(Hausärzte, N=10)

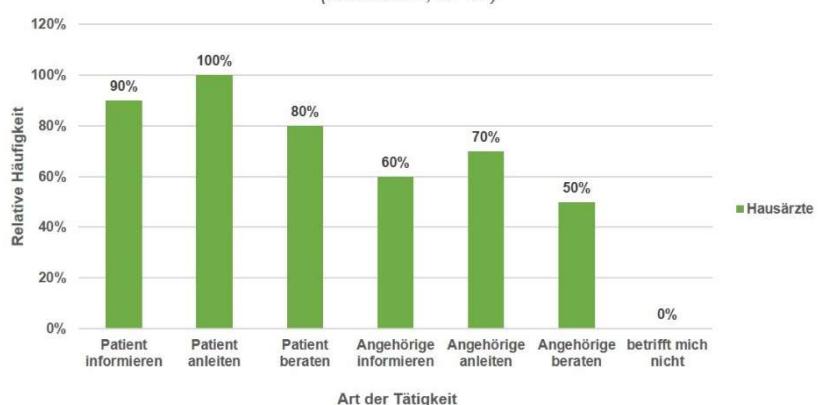


Abbildung 215: Wunde & Verbandwechsel (HA)

Anhang

**A15: Zum Erhalt von Alltagsaktivitäten
(z. B. Einkaufen, Hobbys, Spazieren gehen) ...
(Hausärzte, N=10)**

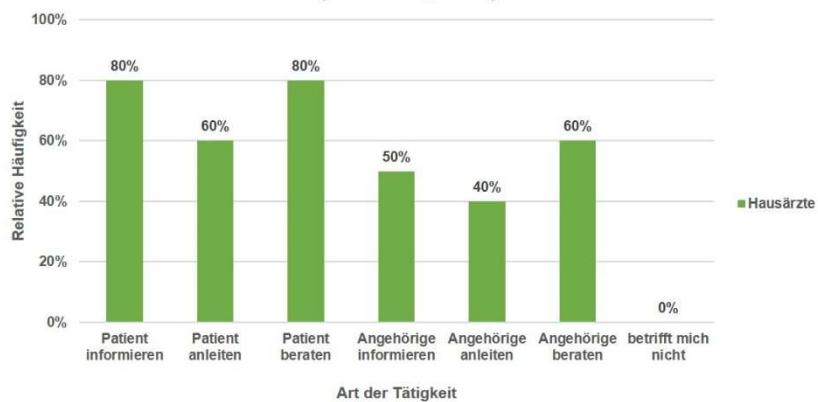


Abbildung 216: Erhalt Alltagsaktivitäten (HA)

**A16: Zu Kompression (z. B. Anziehen, Pflegen, Umgang mit kompressionsbedingten Beschwerden) ...
(Hausärzte, N=10)**

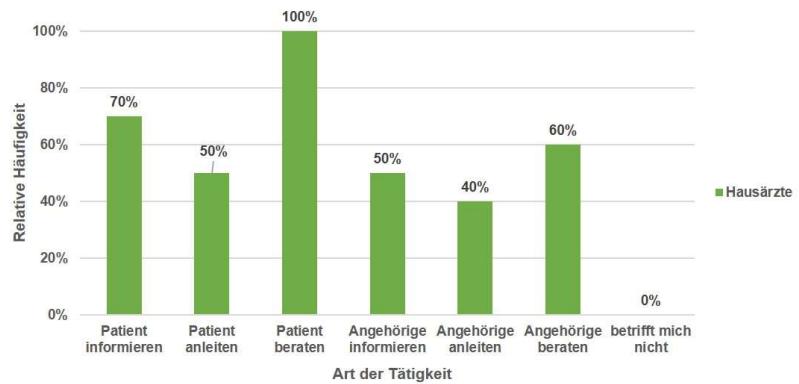


Abbildung 217: Kompression (HA)

**A17: Zu Übungen, die das Sprunggelenk und die Muskelpumpe aktivieren ...
(Hausärzte, N=10)**

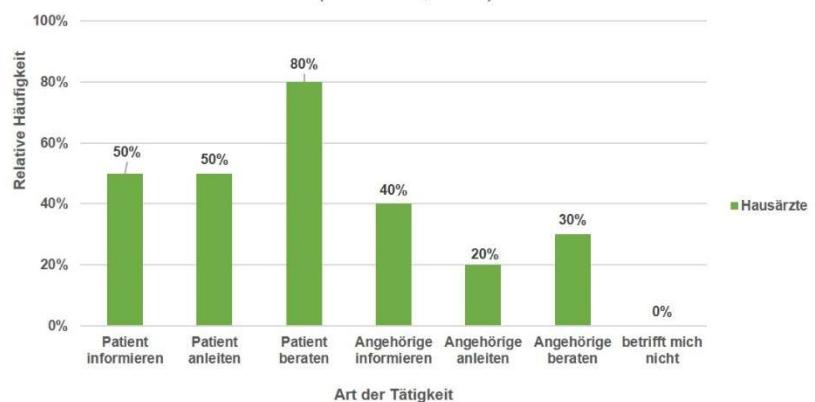


Abbildung 218: Bewegungsübungen (HA)

Anhang

A18: Zu Hochlegen/Niederlegen der Beine ...
(Hausärzte, N=10)

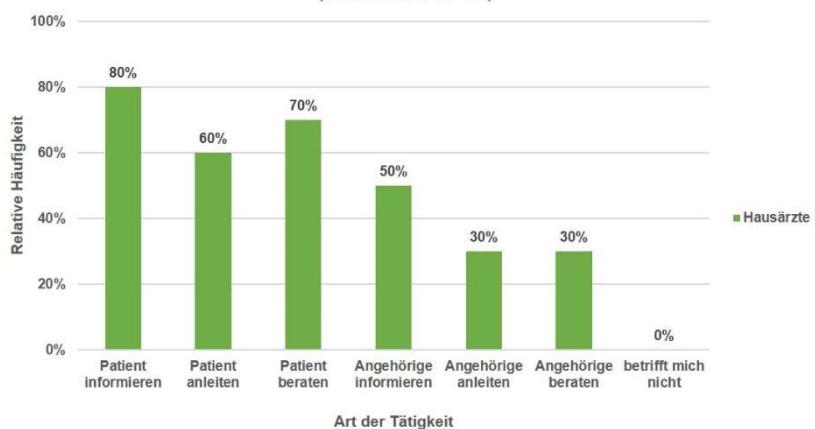


Abbildung 219: Hochlegen/Niederlegen der Beine (HA)

A19: Zu Druckentlastung der Wunde ...
(Hausärzte, N=10)

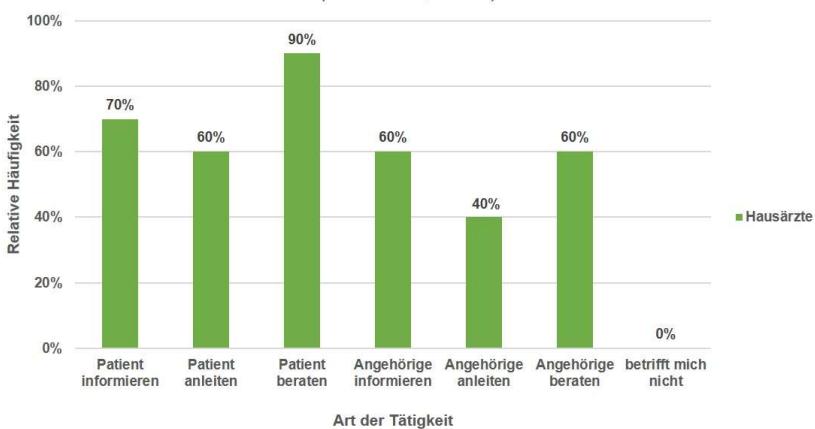


Abbildung 220: Druckentlastung (HA)

A20: Zu Hautschutz und Hautpflege ...
(Hausärzte, N=10)

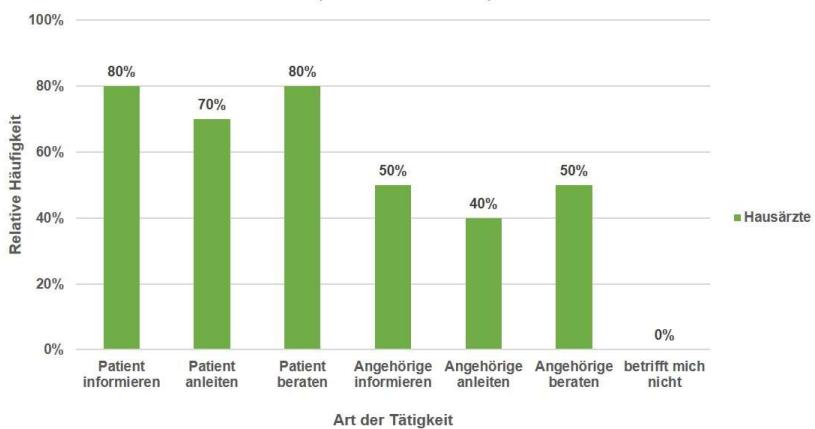


Abbildung 221: Hautpflege (HA)

Anhang

A21: Zu Ernährung und ggf. Gewichtsreduktion ...
(Hausärzte, N=10)

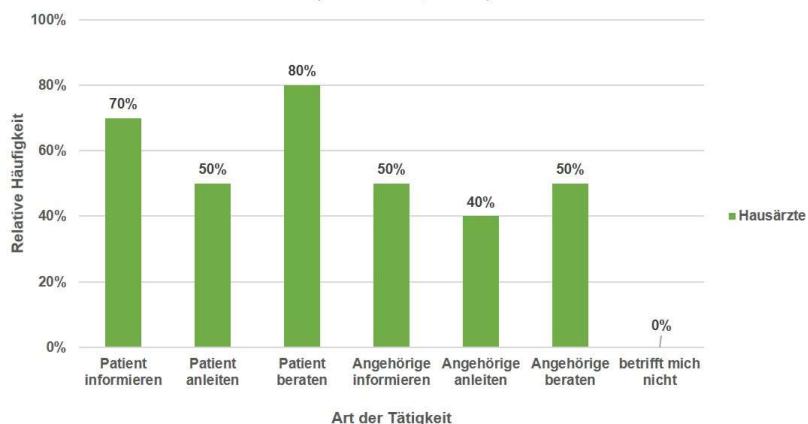


Abbildung 222: Ernährung & Gewicht (HA)

A22: Zu Blutzuckereinstellung ...
(Hausärzte, N=10)

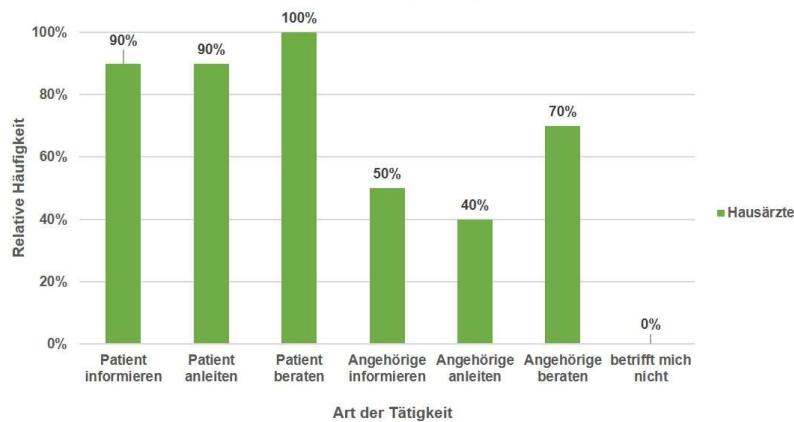


Abbildung 223: Blutzuckereinstellung (HA)

A23: Zu Raucherentwöhnung ...
(Hausärzte, N=10)

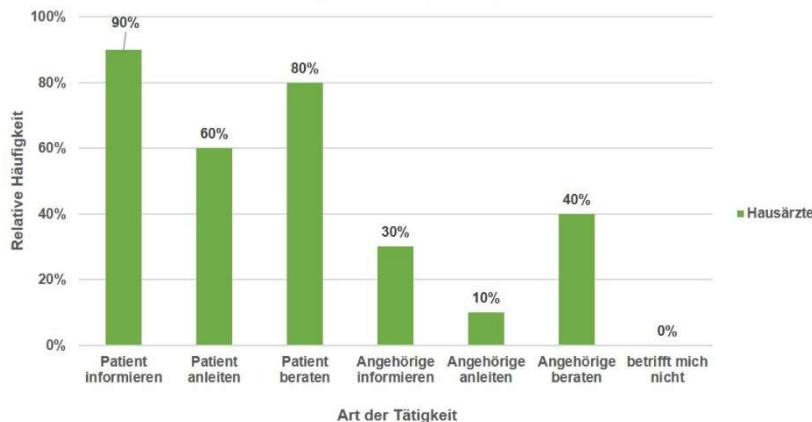


Abbildung 224: Raucherentwöhnung (HA)

Anhang

A24: Liegt im Allgemeinen in ambulanten Pflegediensten - mit denen Sie gemeinsam Patienten betreuen - eine intra- und interprofessionell geltende Verfahrensregelung zur Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden in der Einrichtung vor?
(Hausärzte, N=10)

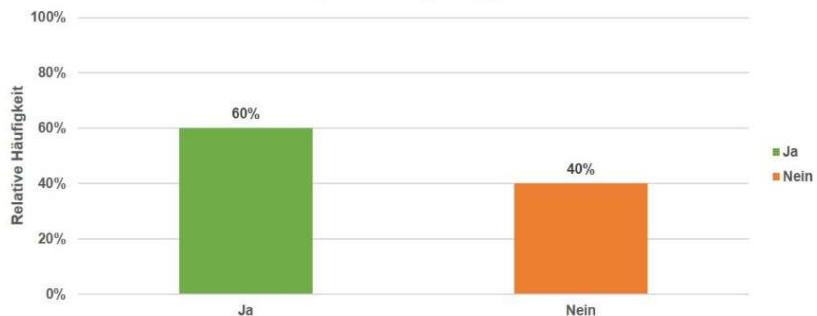


Abbildung 225: Verfahrensregelungen ambulante Pflege (HA)

A25: Liegt im Allgemeinen in stationären Pflegeeinrichtungen - in welchen Sie Patienten betreuen - eine intra- und interprofessionell geltende Verfahrensregelung zur Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden vor?
(Hausärzte, N=10)

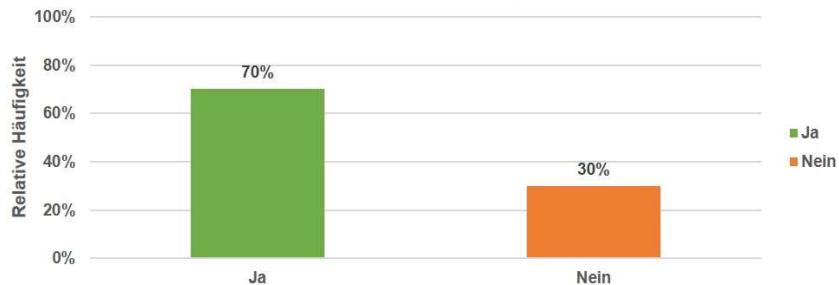


Abbildung 226: Verfahrensregelungen stationäre Pflege (HA)

A26: Stehen Ihnen im Allgemeinen Materialien für einen hygienischen Verbandwechsel in der Häuslichkeit des Patienten mit einer chronischen Wunde zur Verfügung, der gleichzeitig durch einen ambulanten Pflegedienst in der Wundversorgung betreut wird?
(Hausärzte, N=10)

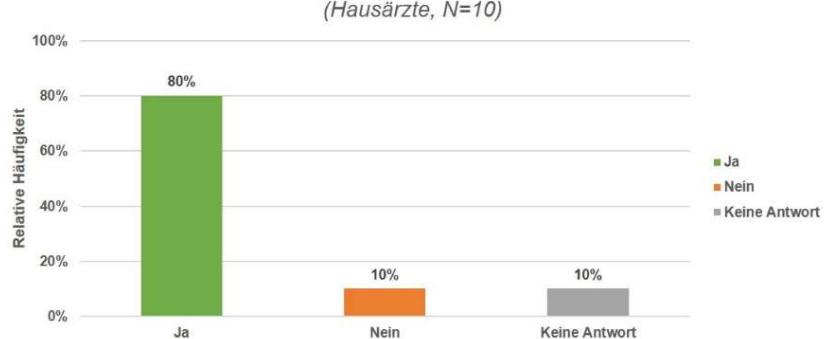


Abbildung 227: Hygienische Materialien ambulante Pflege (HA)

Anhang

A27: Stehen Ihnen im Allgemeinen Materialien für einen hygienischen Verbandwechsel in der stationären Pflegeeinrichtung zur Verfügung, in der Ihr Patient mit einer chronischen Wunde lebt und in der Wundversorgung vor Ort betreut wird?
(Hausärzte, N=10)

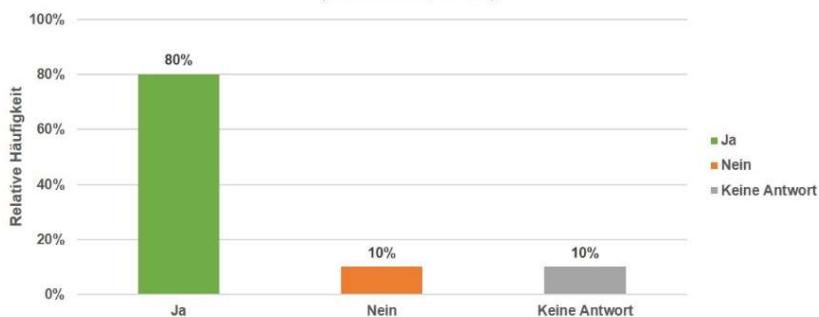


Abbildung 228: Hygienische Materialien stationäre Pflege (HA)

Teil B: Kommunikation zwischen Hausarzt und Pflege

B1: Verwenden Sie folgende Klassifikation, um allgemein ein Ulcus beschreiben zu können?

Schweregradeinteilung von Ulzera (Knighton et al. 1990)
(Hausärzte, N=10)

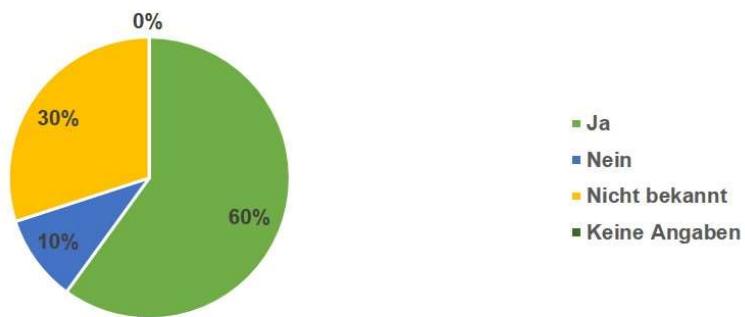


Abbildung 229: Schwergradeinteilung von Ulzera (HA)

Chirurgische Einteilung nach Daniel (Daniel et al. 1979)
(Hausärzte, N=10)

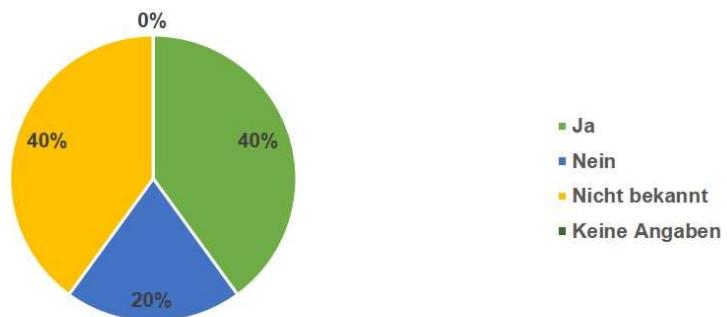


Abbildung 230: Chirurgische Einteilung (HA)

Anhang

B2: Verwenden Sie eines der folgenden Klassifikationssysteme, um ein diabetisches Fußsyndrom zu beschreiben?

Stadieneinteilung diabetischer Fußläsionen nach Wagner
(Wagner 1981)
(Hausärzte, N=10)



Abbildung 231: Stadieneinteilung diabetischer Fußläsionen (HA)

Verlaufsstadien der diabetischen Neuroostearthropie
nach Levin
(Hausärzte, N=10)



Abbildung 232: Verlaufsstadien diabetischer Neuroostearthropie (HA)

Klinische Klassifikation der Fußinfektionen (DGfW 2012)
(Hausärzte, N=10)

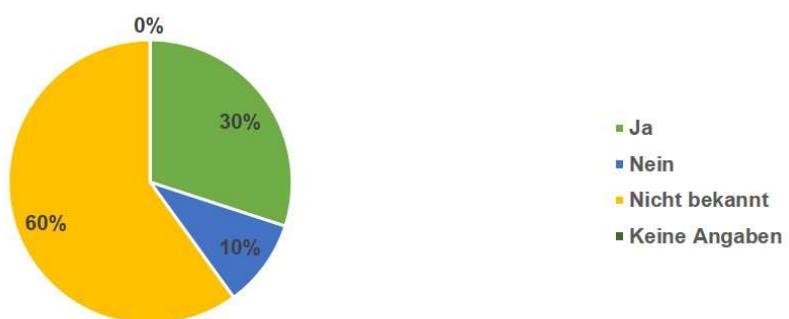


Abbildung 233: Klinische Klassifikation Fußinfektion (HA)

Anhang

B3: Verwenden Sie eines der folgenden Klassifikationssysteme, um ein Dekubitus zu beschreiben?

National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP)
(Hausärzte, N=10)

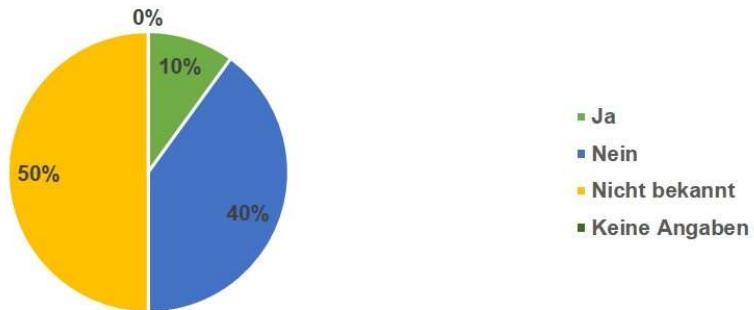


Abbildung 234: NPUAP (HA)

B4: Verwenden Sie eines der folgenden Klassifikationssysteme, um ein Ulcus cruris venosum zu beschreiben?

Klassifikation der chronisch-venösen Insuffizienz nach Widmer (1978)
(Hausärzte, N=10)

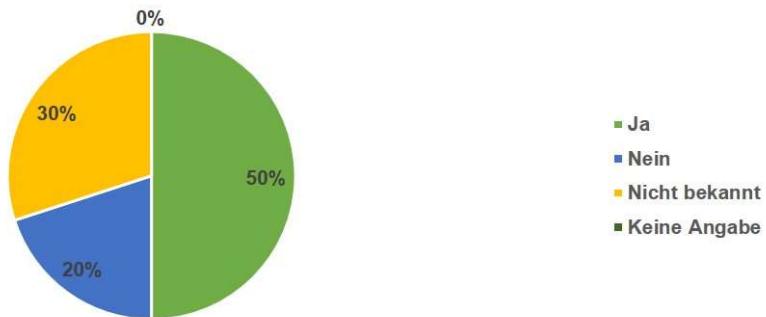


Abbildung 235: Klassifikation CVI nach Widmer (HA)

Clinical condition, Etiology, Anatomic, Pathophysiology (CEAP-Schema)
(Porter & Moneta, 1995)
(Hausärzte, N=10)

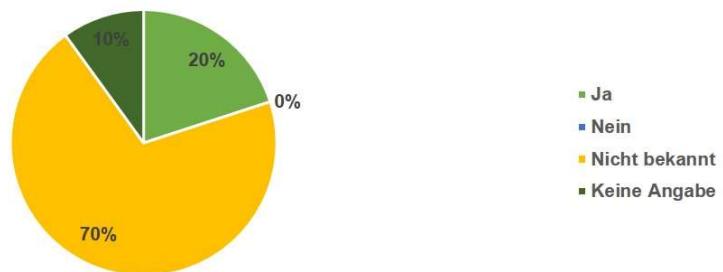


Abbildung 236: Klassifikation CVI nach CEAP-Schema (HA)

Anhang

B5: Verwenden Sie eines der folgenden Klassifikationssysteme, um ein Ulcus cruris arteriosum zu beschreiben?

**Stadieneinteilung nach Rutherford
(Rutherford & Becker 1991)**
(Hausärzte, N=10)

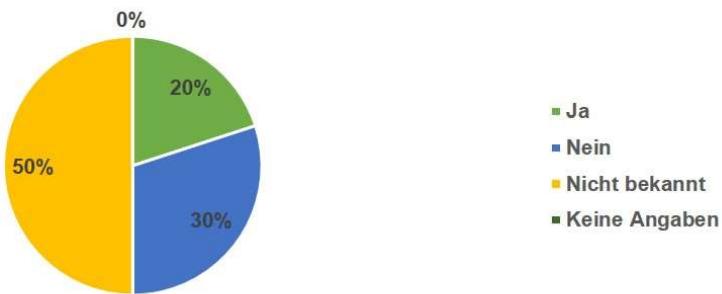


Abbildung 237: Klassifikation PAVK nach Rutherford (HA)

B6: Welche Kriterien zur Wundbeobachtung wenden Sie an?

**Grund, Rand, Exsudation, Inflammation,
Symptomatik (GREIS)**
(Hausärzte, N=10)

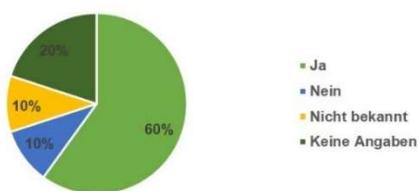


Abbildung 238: GREIS (HA)

Umgebung, Fläche, Exsudat, Rand (UFER)
(Hausärzte, N=10)

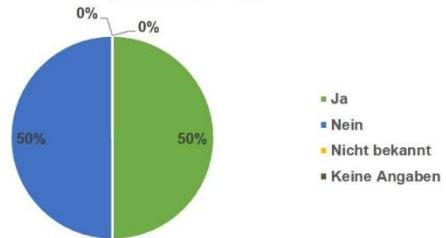


Abbildung 239: UFER (HA)

**Perfusion, Extent, Depth, Infection, Sensation
(PEDIS)**
(Hausärzte, N=10)

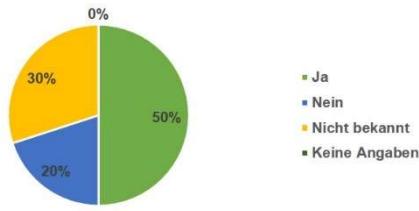


Abbildung 240: PEDIS (HA)

**Depth, Exsudate, Size, Infection, Granulation,
Necrosis (DESIGN)**
(Hausärzte, N=10)

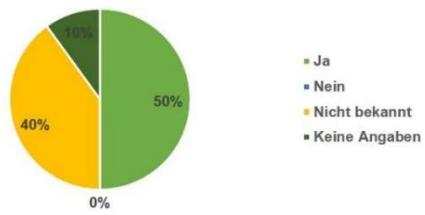
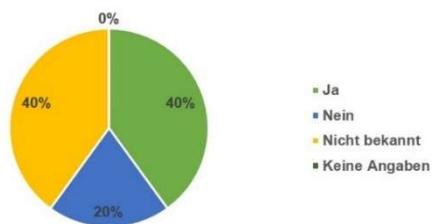


Abbildung 241: DESIGN (HA)

Anhang

Umgebung, Rand, Grund, Exsudat (URGE)
(Hausärzte, N=10)

Couleur, Depth, Diameter (CODED)
(Hausärzte, N=10)



Measure, Exsudate, Appearance, Suffering, Undermining, Reevaluate (MEASURE)
(Hausärzte, N=10)

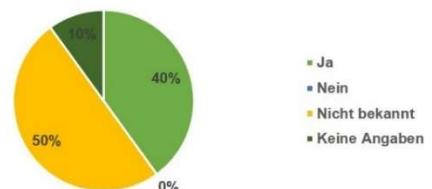
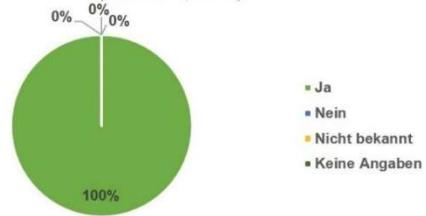


Abbildung 243: MEASURE (HA)

Abbildung 244: CODED (HA)

B7: Welche Berechnungsmethode verwenden Sie, um die Wundgröße zu beschreiben?

Erfassung der größten Länge und Breite mit Lineal (Perpendiculare Methode)
(Hausärzte, N=10)



Erfassung der größten Länge von 12-6 Uhr und Breite von 9-13 Uhr mit Lineal (Uhrmethode)
(Hausärzte, N=10)

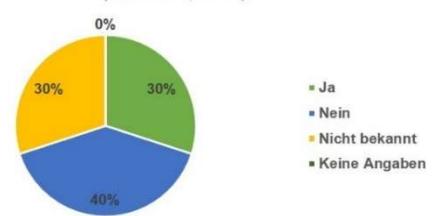


Abbildung 245: Perpendiculare Methode (HA)

Abbildung 246: Uhrmethode (HA)

Anhang

Mechanische und/oder digitale Planimetrie
(Tracing)
(Hausärzte, N=10)

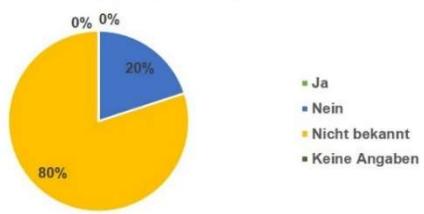


Abbildung 247: Planimetrie (HA)

Fotographie mit digitaler Berechnungsmethode
(Hausärzte, N=10)

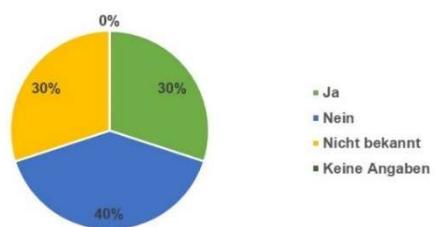


Abbildung 248: Digitale Berechnung via Fotographie (HA)

B8: Welche Instrumente verwenden Sie zur Einschätzung der Ernährungssituation des Patienten?
(Hausärzte, N=10)

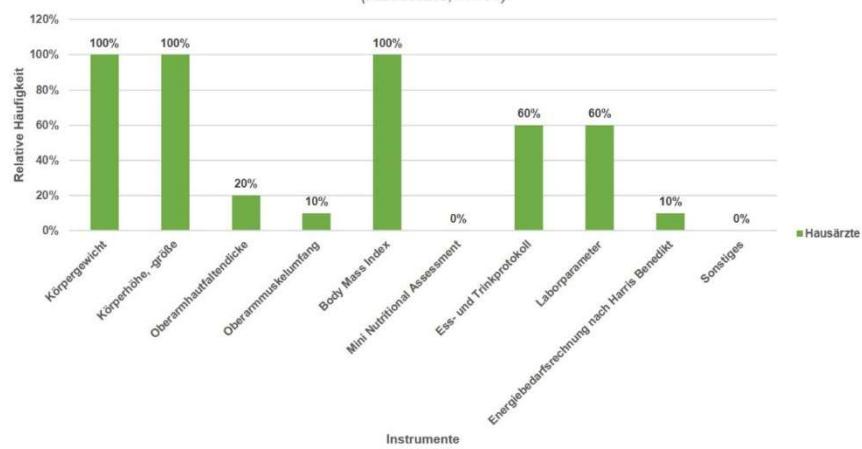
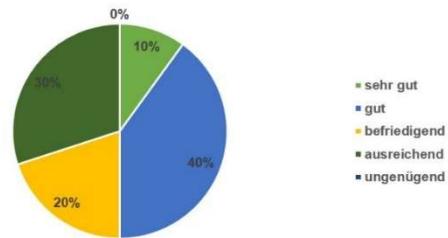


Abbildung 249: Einschätzung Ernährungssituation (HA)

Anhang

B10: Wie bewerten Sie im Allgemeinen die Zusammenarbeit mit Pflegefachkräften in ambulanten Pflegediensten im Bereich Wundversorgung?
 (Hausärzte, N=10)



B11: Wie bewerten Sie im Allgemeinen die Zusammenarbeit mit Pflegefachkräften in stationären Pflegeeinrichtungen im Bereich Wundversorgung?
 (Hausärzte, N=10)

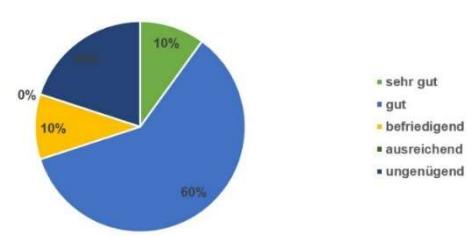


Abbildung 250: Zusammenarbeit ambulante Pflege (HA)

Abbildung 251: Zusammenarbeit stationäre Pflege (HA)

B14: Versorgungsbrüche in der Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden
 (Hausärzte, N=10)

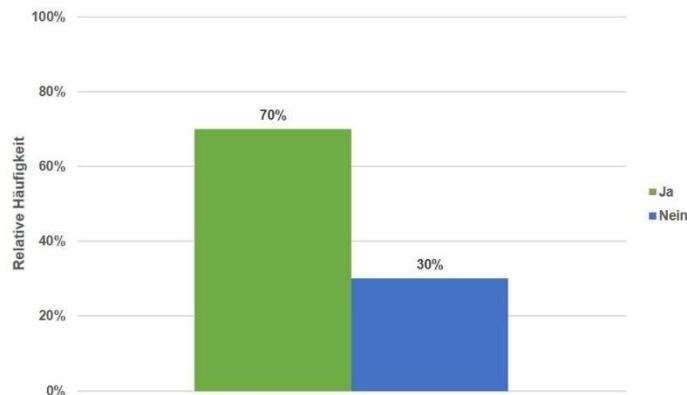


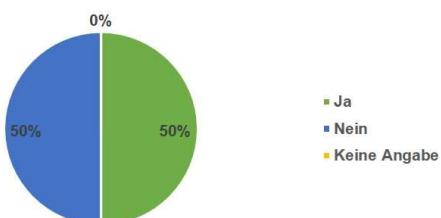
Abbildung 252: Versorgungsbrüche (HA)

Teil C: Schulungs- und Fortbildungsbedarf

C1: Haben Sie in den letzten 24 Monaten an einer Fortbildung zu „Einschätzung von wund- und therapiebedingten Einschränkungen“ teilgenommen?

Kriterien für die ärztliche Wundanamnese

Besuch von Schulungs- und Fortbildungsmaßnahmen
 (Hausärzte, N=10)



Bedarf ab Schulungs- und Fortbildungsmaßnahmen
 (Hausärzte, N=10)

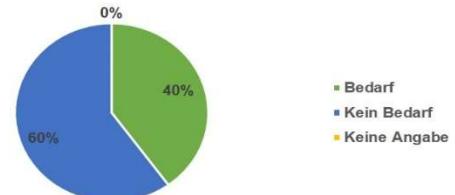


Abbildung 253: Kriterien für die ärztliche Wundanamnese (HA)

Anhang
Arten von wund- und therapiebedingten Einschränkungen

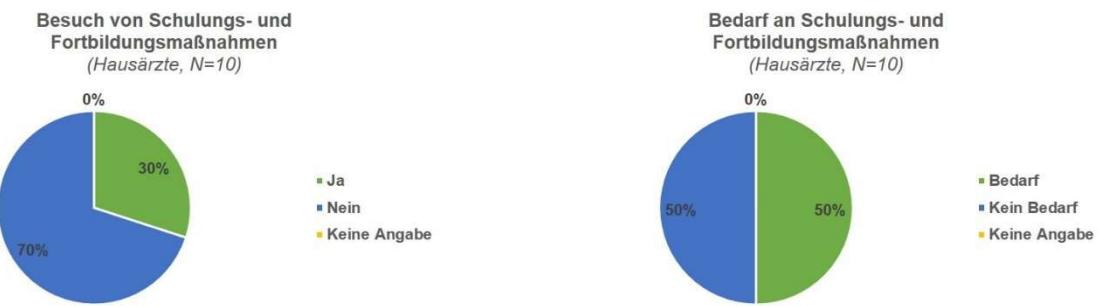


Abbildung 254: Arten von wund- und therapiebedingten Einschränkungen (HA)

C2: Haben Sie in den letzten 24 Monaten an einer Fortbildung zu „Krankheitsspezifische Maßnahmen zur Behandlung wundbedingter Einschränkungen“ teilgenommen?

Druckentlastung bei Dekubitalulcera und/oder Diabetischem Fußsyndrom

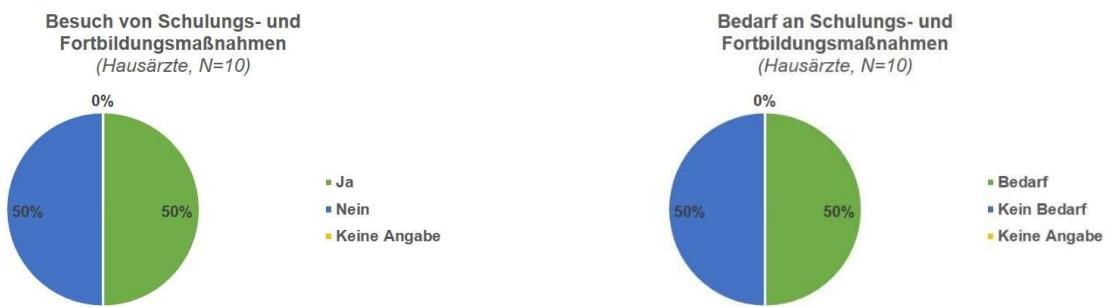


Abbildung 255. Druckentlastung bei Dekubitus/DFS (HA)

Kompressionstherapie

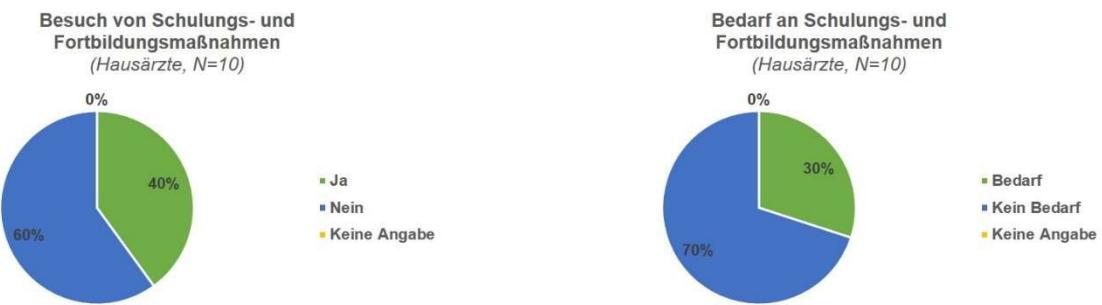


Abbildung 256: Kompressionstherapie (HA)

Anhang Ernährung

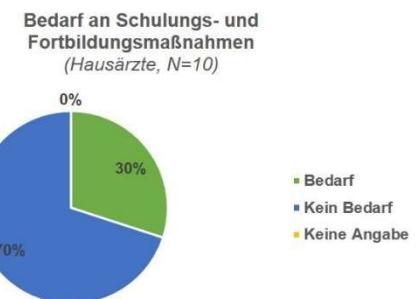
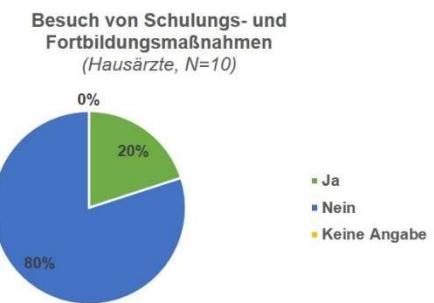


Abbildung 257: Ernährung (HA)

Wundgeruch



Abbildung 258: Wundgeruch (HA)

Wundexsudat

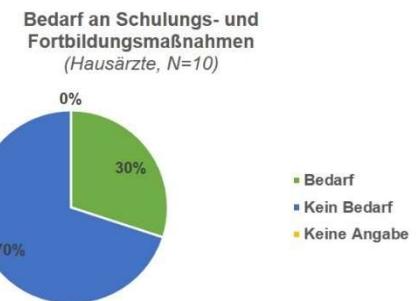
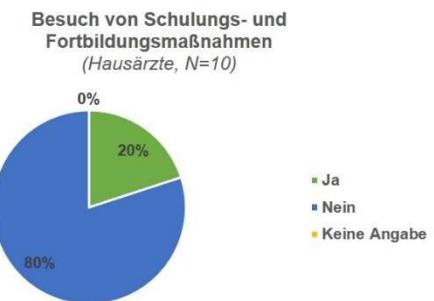


Abbildung 259: Wundexsudat (HA)

Anhang

C3: Haben Sie in den letzten 24 Monaten an einer Fortbildung zu „Wundversorgung“ teilgenommen?

Infektionsprophylaxe

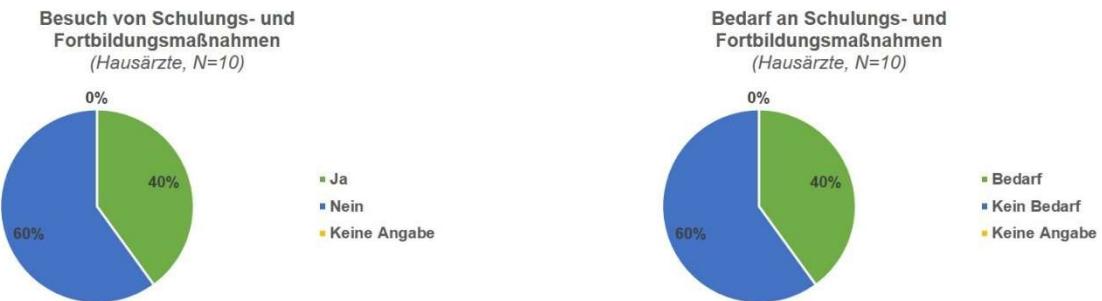


Abbildung 260: Infektionsprophylaxe (HA)

Umgang mit sterilen Materialien und speziellen Wundauflagen

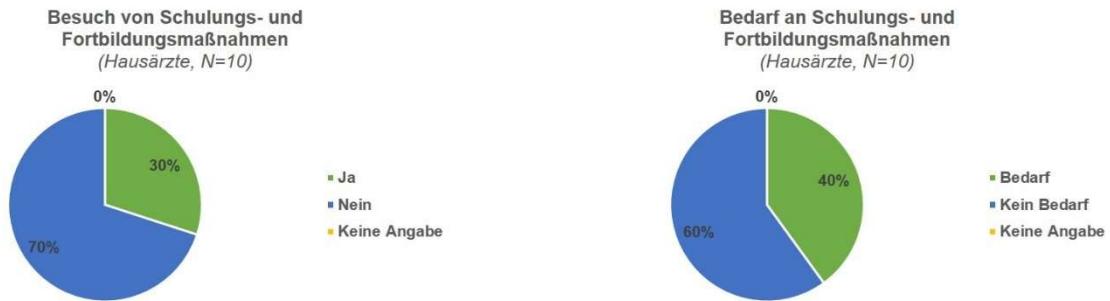


Abbildung 261: Umgang mit sterilen Materialien (HA)

Techniken von Wundspülungen und Umgang mit sterilen Wundspülösungen



Abbildung 262: Techniken von Wundspülungen (HA)

Anhang
Dokumentation und Evaluation von Wundversorgung

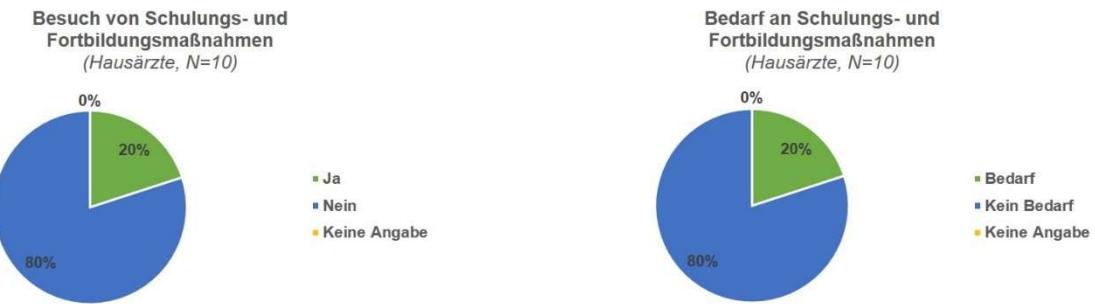


Abbildung 263: Dokumentation und Evaluation (HA)

C4: Haben Sie in den letzten 24 Monaten an einer Fortbildung zu „Beratung, Schulung und Anleitung sowie Förderung des gesundheitsbezogenen Selbstmanagements“ teilgenommen?

Umgang mit schriftlichem Material

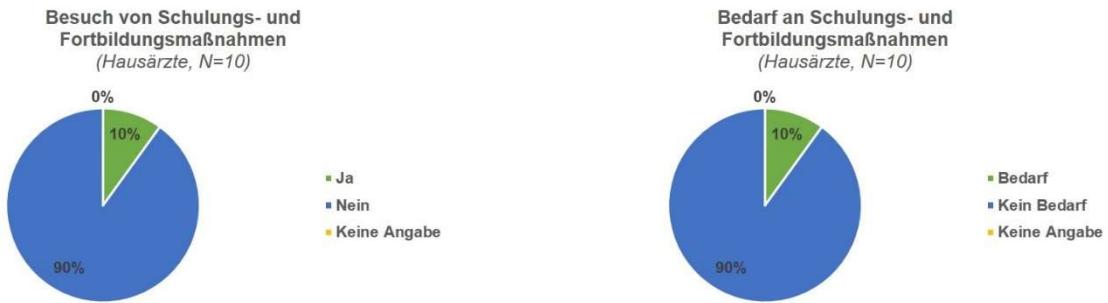


Abbildung 264: Umgang mit schriftlichem Material (HA)

Lernformen und Lerntypen

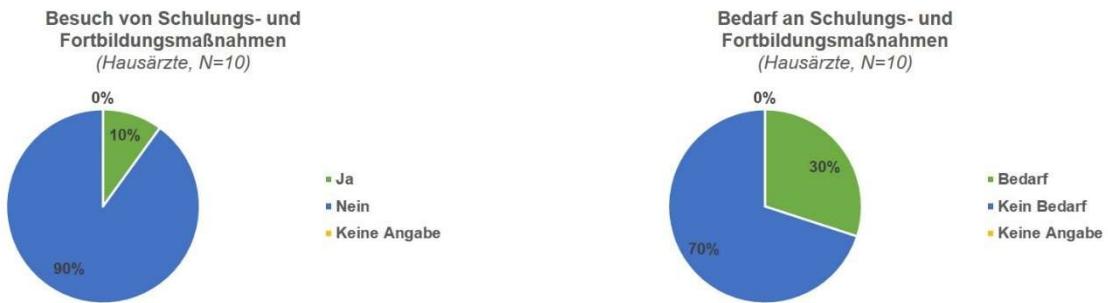


Abbildung 265: Lernformen und -typen (HA)

Anhang
Spezielle Beratungs- und Schulungsinhalte

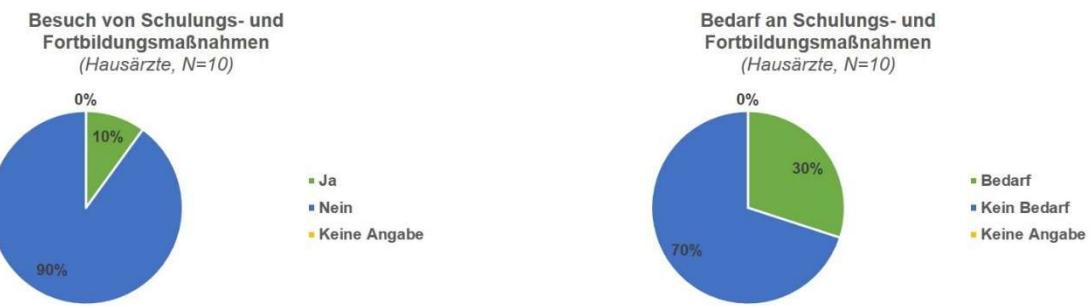


Abbildung 266: Spezielle Beratungs- und Schulungsinhalte (HA)

C5: Haben Sie in den letzten 24 Monaten an einer Fortbildung zu „Beurteilung von Wundheilungsverläufen“ teilgenommen?

Wundheilungsstadien

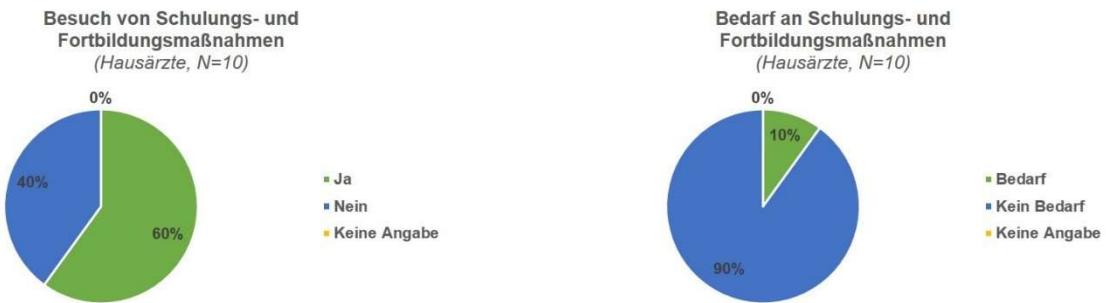


Abbildung 267: Wundheilungsstadien (HA)

Beschreibung von Wundzuständen

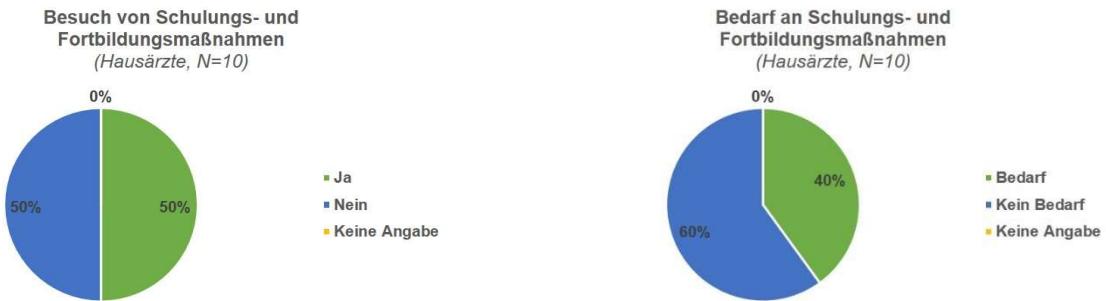


Abbildung 268: Beschreibung von Wundzuständen (HA)

Anhang
Zeichen für Verschlechterung oder Komplikationen

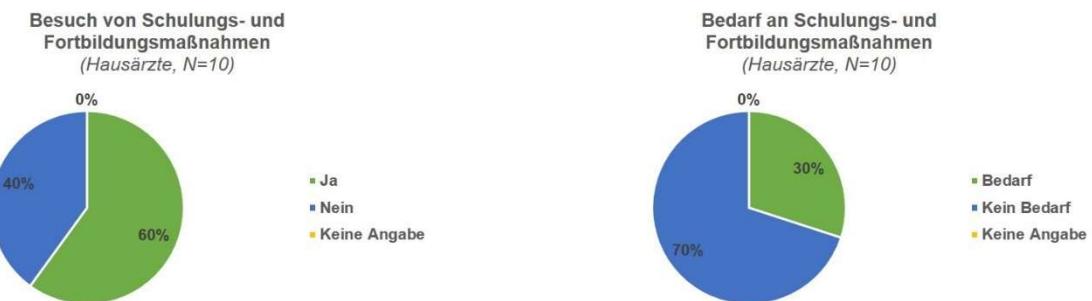


Abbildung 269: Zeichen für Verschlechterung (HA)

C6: Haben Sie in den letzten 24 Monaten an einer Fortbildung zu „Beurteilung der Effektivität von Maßnahmen zur Minimierung wund- und therapiebedingter Einschränkungen“ teilgenommen?

Verlaufsbeschreibung

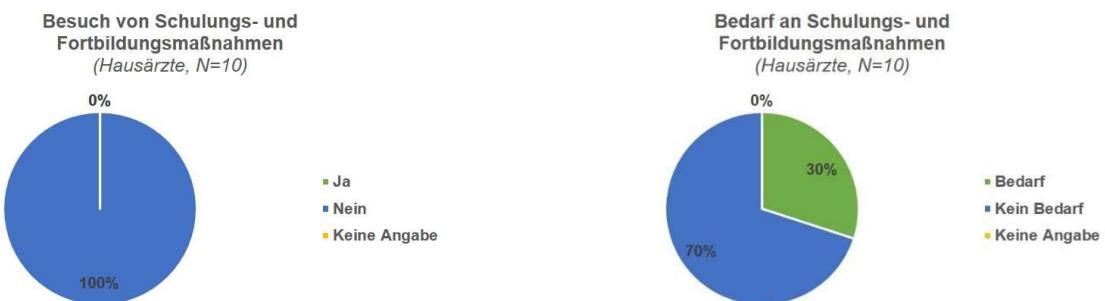


Abbildung 270: Verlaufsbeschreibung (HA)

Erkennen von Anzeichen für eine Verbesserung der Lebensqualität

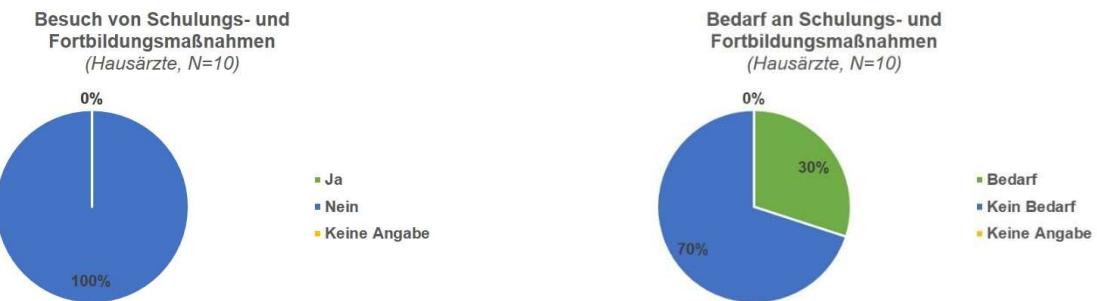
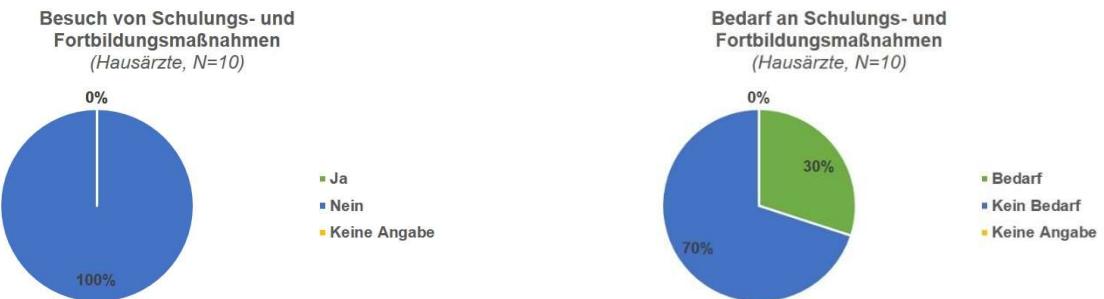


Abbildung 271: Verbesserung der Lebensqualität (HA)

Anhang
Überprüfungsmöglichkeiten der Wirksamkeit eingeleiteter Maßnahmen



C7: Ist es für Sie wichtig, Schulungs- und Fortbildungsmaßnahmen gemeinsam mit anderen Berufsgruppen zu besuchen?
(Hausärzte, N=10)

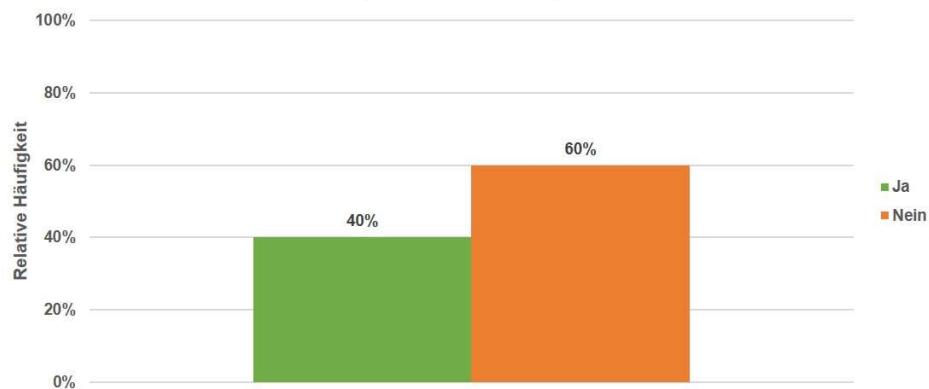


Abbildung 272: Relevanz Schulung mit anderen Berufsgruppen (HA)

Teil D: Versorgungsstrukturen

D8: Haben Sie Ansprechpartner/-innen, die Ihnen bei der Entscheidung für eine geeignete Wundtherapie bei Menschen mit chronischen Wunden als Unterstützung dienen?
(Hausärzte, N=10)

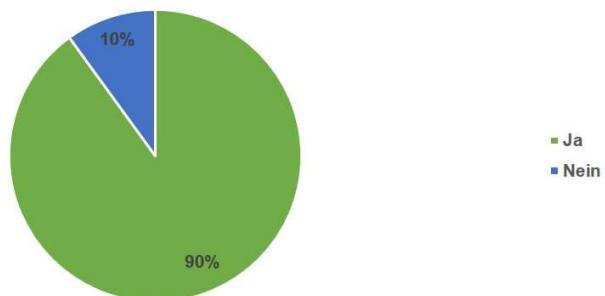


Abbildung 273: Ansprechpartner bei Entscheidungen (HA)

Anhang

Teil E: Fragen zur Person

**E3: Besitzen Sie weitere Qualifikationen,
die Sie im Bereich Wundversorgung
erworben haben?
(Hausärzte, N=10)**

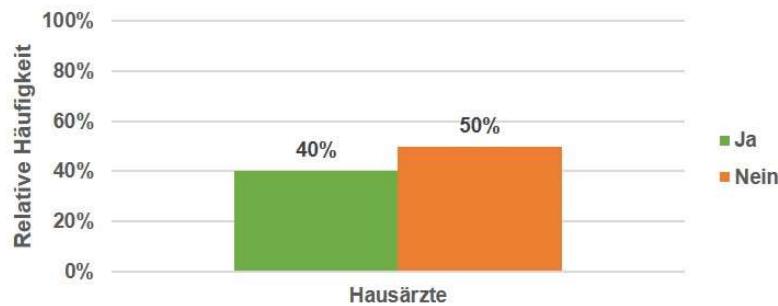


Abbildung 274: Weitere Qualifikationen (HA)

**E5: Sind Sie Mitglied in einem Wundnetz oder in
einer Fachgesellschaft mit dem Schwerpunkt
Wundversorgung?
(Hausärzte, N=10)**

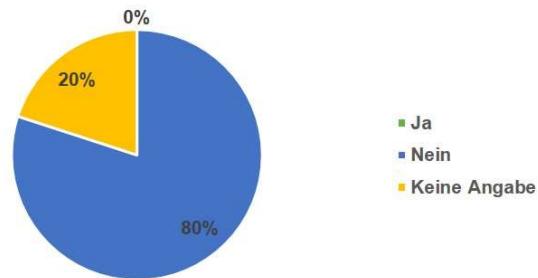


Abbildung 275: Aktivität Wundnetz/Fachgesellschaft (HA)

Tabelle 40: Berufserfahrung in Jahren (HA)

Anhang

II.V.V Ergebnisse der qualitativen Auswertung der Befragung von Hausärzten

Hausärzte_ChroVuSaar

Liste der Codes	Memo	#
Codesystem		28
Herzensangelegenheiten	"[...] Heute bin ich froh, wenn ich ein Stück Verantwortung und Arbeit abgeben kann [...]" (ID: 6)	2
Arbeitsentlastung	"[...] und manager hatte ich früher skeptisch gesehen Heute bin ich froh, wenn ich ein Stück Verantwortung und Arbeit abgeben kann Wundmanager besuchen meine Patienten zu Hause Betreuen die Wunde oftmals bis zum vollständigen Abheilen [...]" (ID: 6)	1
Budgetierung	"[...] Die Behandlungskostenfrage ist offensichtlich ein Tabu-Thema. Nicht alles was machbar ist, ist auch bezahlbar. Fragen Sie die Krankenkasse! [...]" (ID: 17)	1
Spezifische Qualifikation in der Wundversorgung	"[...] ambulantes operieren [...]" (ID: 12) [...] chirurgische Tätigkeit [...]" (ID: 17)	2
Ansprechpartner/-in hinsichtlich Wundbehandlung	"[...] Wundmanager [...]" (ID: 6)	1
Sonstige Wunden von Patienten in stationären Pflegeeinrichtungen	"[...] PEG [...]" (ID: 6)	1
Schnittstellenproblematik in der Versorgung	"[...] Referenten von Medizinprodukte-Herstellern (Hochpreisprodukte) übernehmen häufig als sogen. "Woundmanager" die Behandl. von Pat. mit chron. Wunden in Heimeinrichtungen. Das bedeutet Personalkosteneinsparung für das Heim und extreme Behandlungskosten für den Arzt. Ein nicht zulässiges Verhalten der Heimleitung. [...]" (ID: 17)	1
Fehlendes Krankheitsverständnis des Patienten	"[...] Non-Compliance Patienten [...]" (ID: 16)	1
Krankenhausentlassung	"[...] Freitagsentlassung, kein Brief oder Information an den Hausarzt [...]" (ID: 3)	2
Einsatz industrieabhängiger Wundmanager	"[...] Referenten von Medizinprodukte-Herstellern (Hochpreisprodukte) übernehmen häufig als sogen. "Woundmanager" die Behandl. von Pat. mit chron. Wunden in Heimeinrichtungen. Das bedeutet Personalkosteneinsparung für das Heim und extreme Behandlungskosten für den Arzt. Ein nicht zulässiges Verhalten der Heimleitung. [...]" (ID: 17)	1
Wünsche an Zusammenarbeit mit PfK aus dem stationären Setting	"[...] feste Ansprechpartner (nicht: 5 verschiedene Anrufe für denselben Patienten!) [...]" (ID: 9) "[...] Es handelt sich um sehr unterschiedliche Systeme Hier ist eine Verständigung nicht möglich [...]" (ID: 5)	1
Übertragung der Behandlungskosten	"[...] Übertragung der Behandlungskostenverantwortlichkeit auf Pflegeeinrichtung. [...]" (ID: 17)	1
Fachliche Expertise	"[...] Mehr Fachkenntnisse bezügl. Wundversorgung [...]" (ID: 17)	2
Feste Ansprechpartner	"[...] Eine Bezugsperson, die regelmäßig zur Wundversorgung kommt [...]" (ID: 6)	3

Désirée Schäfer

1/2

Anhang

Hausärzte_ChroWuSaar

Liste der Codes	Memo	#
Wünsche an Zusammenarbeit mit Pfk aus dem ambulanten Setting	"[...] Das Hauptproblem besteht in der Langsamkeit der Beschaffung von Wundversorgungssystemen, da jeder Pflegedienst seine eigene Firma bevorzugt und die Kassen alles genehmigen müssen. Ich möchte einmal erleben, dass ich morgens etwas anordne, was nachmittags ausgeführt wird. [...] (ID: 2) "[...] Eine Bezugsperson, die regelmäßig zur Wundversorgung kommt [...]" (ID: 6)	1
Übertragung der Behandlungskosten	"[...] Übertragung der Behandlungskostenverantwortlichkeit auf Pflegeeinrichtung. [...]" (ID: 17)	1
Fachliche Expertise	"[...] Begründung Auswahl der vorgeschlagenen Materialien [...]" (ID: 16)	4
Unabhängigkeit	"[...] Mehr Unabhängigkeit von "beratenden" Wundspezialisten [...] (ID: 9)	1
Kommunikation	"[...] Kommunikation und nicht Besserwisserei [...]" (ID: 5)	1

Désirée Schäfer

2/2

IV Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus anderen Quellen direkt oder indirekt übernommenen Daten und Konzepte sind unter Angabe der Quellen gekennzeichnet.

Bei der Auswahl und Auswertung folgenden Materials haben mir die nachstehend aufgeführten Personen in der jeweils beschriebenen Weise unentgeltlich geholfen:

1. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) – Hochschule Osnabrück. Anfrage und Genehmigung per Email zur kostenfreien Verwendung/Modifikation des Qualitätsmanagementinstruments (Fragebogen 2: Pflegepersonal, S. 120) des Expertenstandards „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“ (2015).
2. Dr. phil. Christiane Blome – Institut für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen, Universität Hamburg. Anfrage und Genehmigung per Email zur kostenfreien Nutzung der Fragebogen a) Patient Benefit Index (PBI), Fragebogen zu patientendefinierten Behandlungszielen und –nutzen bei Hautkrankheiten und b) Wound-QoL, Fragebogen zur Lebensqualität bei chronischen Wunden.
3. Jakob Schöpe M.Sc. – Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Medizinische Informatik, Universität des Saarlandes. Inanspruchnahme wissenschaftlicher Beratung bei Promotionen im Bereich Statistik.
4. Prof. Dr. med. Johannes Jäger, MME – Zentrum Allgemeinmedizin der Universität des Saarlandes. Doktorvater der Dissertationsarbeit, Ansprechpartner bei methodischen Fragestellungen.
5. Prof. Dr. phil. Susanne Grundke – Hochschule für Technik und Wirtschaft des Saarlandes. Zweitgutachterin der Dissertationsarbeit, Ansprechpartnerin bei methodischen Fragestellungen.
6. Professor Dr. med. Walter Hoffmann – Ethikkommission der Ärztekammer des Saarlandes. Rücksprache und Verbesserungsvorschläge zum Ethikantrag.
7. K.S., E.M., T. B., S. S., T. B., S. G., H. L., A. L. (Namen pseudonymisiert), Pretester der Fragebogen für Betroffene, Pflegefachkräfte/Pflegedienstleitungen und Hausärzte.

Weitere Personen waren an der inhaltlich-materiellen Erstellung der vorliegenden Arbeit nicht beteiligt. Insbesondere habe ich nicht die entgeltliche Hilfe von Vermittlungs- und Beratungsdiensten (Promotionsberater/-innen oder anderer Personen) in Anspruch genommen. Außer den Angegebenen hat niemand von mir unmittelbar oder mittelbar

geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen.

Die Arbeit wurde bisher weder im Inland noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form in einem anderen Verfahren zur Erlangung des Doktorgrades einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Ich versichere an Eides statt, dass ich nach bestem Wissen die Wahrheit gesagt und nichts verschwiegen habe.

Sulzbach/Saar, 14. Mai 2018

Désirée Gisch, geb. Schäfer

Danksagung

Meinen besonderen Dank möchte ich nachstehenden Personen entgegenbringen, ohne deren Mithilfe die Anfertigung meiner Promotionsarbeit nicht zustande gekommen wäre.

An erster Stelle gilt mein Dank Herrn Professor Dr. med. Johannes Jäger, MME, meinem Doktorvater, der diese Dissertationsarbeit durch das Zentrum Allgemeinmedizin erst möglich gemacht hat. Ihre methodische Unterstützung, Ihre motivierenden Worte und auch die zielführenden Diskussionen haben mir immer Sicherheit gegeben, und stets habe ich mich gut betreut und aufgehoben gefühlt. Durch Ihre Freude an der Arbeit haben Sie mich begeistert und motiviert.

Frau Professorin Dr. phil. Grundke, M.A. danke ich für die zahlreichen und unermüdlichen Telefonate und Gespräche, in denen fachliche Fragen geklärt werden konnten. Durch die konstruktiven Kritiken und die Diskurse habe ich viel dazulernen dürfen und konnte so meinen Horizont sukzessiv erweitern. Du machst Mut und schenkst Kraft: Solche Vorbilder braucht die Pflege, daher herzlichen Dank.

Allen Trägern der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen im Saarland, die ihre Mitarbeiter für die Studie freigestellt haben, bin ich sehr dankbar. Nur durch Ihre Genehmigung habe ich seitens Kollegen aus der Pflege Unterstützung erfahren.

Mein herzliches Dankeschön gilt allen Teilnehmenden der Studie. Dies betrifft Patienten und Bewohner ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen, Kollegen aus der Pflege, Pflegedienstleitungen und Hausärzte. Ohne Ihre Unterstützung hätte diese Studie nicht umgesetzt werden können. Es hat mich sehr gefreut, auf so motivierte und engagierte Menschen zu treffen.

Ich bedanke mich bei Herrn Jakob Schöpe, der mich durch den Statistikdschungel geleitet hat.

Außerdem danke ich allen Pretester, die ihre Freizeit dazu verwendet haben, die Fragebogen sukzessiv durchzuarbeiten, um mir konstruktive Kritik rückzumelden. Die Hinweise empfand ich als sehr wertvoll und gewinnbringend.

Meinen Freundin und Kollegin Heike Lange danke ich für die stets offenen Ohren und anregenden Diskussionen.

Besonders möchte ich an dieser Stelle meiner Familie danken. Meinen Eltern Delphine und Klaus Schäfer, die mich immer in meinen Vorhaben unterstützt und motiviert haben. Eure Unterstützung, auch in Form von Kinderbetreuung, hat die Fertigstellung dieser Arbeit erst ermöglicht. Tante Dede danke ich für die aufbauenden Worte und Ablenkungsmanöver, wenn es wieder an der Zeit war. Meinem Ehemann Andreas Gisch danke ich für seine Geduld und

seine unermüdliche Stärkung. Du hast Verständnis gezeigt und mich aufgebaut, wenn meine Motivation durch Rückschläge etwas litt. Meinem Sohn Johannes danke ich für die doch unkomplizierte Schwangerschaft und die Eigenschaften eines „Anfänger-Babys“. Dadurch konnte ich – mit den kleinen Pausen „Geburt“, „Windeln wechseln“ und „Zähnen“ – an der Dissertation weiterarbeiten. **Ihr seid alle großartig. Schön, dass es euch gibt!**