

# Exulzierende Wunden

## Präambel

Leitlinien in der pflegerischen Palliativversorgung dienen dazu, Behandlungs- und Qualitätskriterien zu definieren und dadurch eine individuelle und bedürfnisorientierte Versorgung der Betroffenen und ihrer An- und Zugehörigen auf qualitativ hohem Niveau anzubieten (Kern 2012).

Die Sektion Pflege der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) veröffentlicht seit 2002 Leitlinien für ausgewählte Bereiche der pflegerischen Palliativversorgung.

Die Intention zur Weiterentwicklung der ersten Leitlinien entstand auf der Grundlage der Leitbildentwicklung (2012) der Sektion Pflege.

Bei der Zuordnung zu der Stufe im Leitlinienprozess orientiert sich die Sektion Pflege an der Klassifikation der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.). Die überarbeiteten Leitlinien werden von der Sektion einer *Handlungsempfehlung* von Expertengruppen gleichgesetzt und stellen somit den Status einer S 1 Leitlinie auf der Grundlage der AWMF-Klassifikation dar.

Um den weiteren Entwicklungsprozess zur Qualitätssicherung in der Palliativpflege zu fördern und aktuelle Fortschritte mit aufzunehmen, wurden die bereits vorliegenden Pflegeleitlinien in der Sektion Pflege der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) aktuell überarbeitet.

Das Ziel zur Veröffentlichung der Leitlinienempfehlungen liegt von Seiten der Sektion Pflege darin begründet, eine in der Expertengruppe abgestimmte *pflegerische Handlungsleitlinie* zu entwickeln, die für Pflegende in allen Settings der Palliativversorgung nachvollziehbar und handlungsleitend sein kann (Schwermann/Goudinoudis/Kämper/Becker 2014: 46).

## **Leitlinien der DGP Sektion Pflege: Exulzierende Wunden**

Die Formulierung der jeweiligen Leitlinie erfolgt dabei aus der Sicht der betroffenen Menschen und bezieht sich explizit auf die palliative Versorgung von Erwachsenen. Den besonderen Belangen von dementiell erkrankten und kognitiv eingeschränkten Menschen konnte dabei nur begrenzt Rechnung getragen werden. Die Leitlinie besteht für alle Palliative Care Pflegenden unabhängig ihres Einsatzortes.

Eine weitere Intention zur Entwicklung der pflegerischen Leitlinien liegt darin begründet, einen qualitätsorientierten Prozess anzustoßen, in dem in den folgenden Jahren auf der Grundlage des Leitbildes und der pflegerischen Leitlinien in der Sektion Pflege die qualitative palliativpflegerische Arbeit von den Mitgliedern kontinuierlich weiterentwickelt und spezifiziert wird.

Wir danken allen mitwirkenden Autorinnen und Autoren bei der Entwicklung der Leitlinien.

**Aus der Projektgruppe** an der Fachhochschule Münster im Fachbereich Pflege und Gesundheit, unter der Leitung von Meike Schwermann, danken wir Christine Happe, Mareike Haußels, Saskia Knops, Klaudia Niehues-Böckenfeld, Jessica Koppa, Janet Langer und Isabel Rautenstrauch.

**Aus der Expertengruppe** danken wir Thomas Dewald, Axel Doll, Michaela Hach, Elisabeth Krull, Tamara Maier, Christiane Roeterink, Sabine Sebayang, Johannes Schlachter, Barbara Uebach.

**Die Sprecherinnen der Sektion Pflege (2012-2014):** Meike Schwermann, Katja Goudinoudis, Stefanie Kämper und Dorothee Becker.

Die ausführliche Fassung dieser Präambel finden Sie unter:  
<http://www.dgpalliativmedizin.de/pflege/pflegeleitlinien.html>

## Einführung

Bei etwa 5-10 % aller Menschen mit einer weit fortgeschrittenen Tumorerkrankung treten exulzierende Wunden auf, die sich am gesamten Körper manifestieren können (Dowsett 2002/Selby 2009). Die Definition Exulzierender Wunden/Tumore lautet nach der British Columbia Cancer Agency: *„Maligne Läsion der Haut, verursacht durch einen primären Hauttumor, eine Hautmetastase eines anderen primären Tumors oder den Durchbruch eines Tumors aus untenliegenden Gewebeschichten.“* Exulzierende Wunden treten in der Regel in fortgeschrittenen Stadien einer Krebserkrankung auf. Ist eine Kuration des Tumors durch operative, strahlen- oder systemisch medikamentöse Therapien nicht mehr möglich, sind die Symptomlinderung und die Erhaltung und ggf. Verbesserung der Lebensqualität der betroffenen Menschen sowie ihrer An- und Zugehörigen – auch in der Wundversorgung – Maßstab und Richtschnur aller Bemühungen und Maßnahmen (Uebach/Kern 2011: 606).

## Ziele der Leitlinie

Ziel der Leitlinie ist eine Sensibilisierung Pflegender für die Betreuung, den Umgang und die besondere Situation von Menschen mit exulzierenden Tumorzellen sowie ihren An- und Zugehörigen – ihre Belastungen, Einschränkungen und Ängste. Darüber hinaus wird ein Überblick über die Anforderungen an eine palliative Wundversorgung und Hinweise zur Auswahl adäquater Materialien und Maßnahmen bei wundbezogenen Problemen (lokales Wundmanagement) vermittelt.

## Leitgedanken

Maligne Tumorwunden entstehen durch eine Infiltration von Tumorzellen in die Haut und ihrer versorgenden Blut- und Lymphgefäße und führen bei fehlender oder nicht mehr durchführbarer Eradikation zu massiver Gewebszerstörung. Diese ist Folge einer Kombination aus zunächst ungehemmtem Zellwachstum, einem Zusammenbrechen der tumoreigenen Blutversorgung und daraus resultierender Exulzeration. Dieses Milieu begünstigt das Wachstum und die Vermehrung aerober und anaerober Keime. Durch eine Kolonisation kann es zu starker Exsudation, Geruchsbildung, Blutungen, Schmerzen und zu einer Infektion kommen. Weiteres Tumorwachstum kann zu weiterer Größenausdehnung der Wunde führen (Uebach/Kern 2011: 606; Andriessen/Eberlein 2009).

Tumore wachsen meist innerhalb des Körpers und bleiben damit den Blicken der Außenwelt verborgen. Durchbrechen sie die Körperhülle – die Haut – wird die Krankheit „offen-sichtlich“. Exulzierendes Tumorwachstum führt daher unweigerlich zu (Zer-)Störung des Körperbildes und -gefühls. Die Krankheit breitet sich nicht nur innerlich aus, sie tritt „zutage“ und wird äußerlich sichtbar (Kern/Uebach 2011: 14). Betroffene Menschen berichten häufig, dass sich der eigene Körper fremd anfühlt.

Qualitative Studien zeigen, dass Menschen, die über längere Zeit mit einer chronischen Wunde leben, v.a. unter der starken Exsudation und dem Geruch der Wunden leiden. Beide Symptome werden als beschämend und beschmutzend erlebt. Dies wirkt sich negativ auf ihr Selbstwertgefühl und ihre Selbstsicherheit aus. Es belastet sie in ihrem gewohnten Alltag und in der Beziehung zu anderen Menschen. Die Patientinnen/Patienten beschreiben ein Gefühl des Kontrollverlusts, der Hilflosigkeit und Niedergeschlagenheit, da sie nichts gegen den Geruch und das Exsudat tun können. Diese Machtlosigkeit führt häufig zu sozialem Rückzug, manchmal innerhalb der eigenen Familie. Die/der Betroffene versucht sich selbst zu schützen, indem sie/er zu Hause bleibt, räumliche Distanz zu Menschen wahrt oder im Krankenhaus einen Bettplatz am Fenster wählt (Grocott/Dealey 2004: 634/Hopkins et al. 2006/Lindahl et al. 2005/Lund-Nielsen et al. 2004/Panfil et al. 2010:131f.). Klinische Erfahrungen zeigen, dass betroffene Menschen häufig versuchen,

exulzierende Wunden solange wie möglich vor ihren An- und Zugehörigen zu verbergen. Sie vermeiden direkten körperlichen Kontakt und versuchen sich unbedeckt zu zeigen. In anderen Fällen wird die Wunde einschließlich belastender Symptome von den betroffenen Menschen und ihren An- und Zugehörigen verdrängt, bis hin zur Bagatellisierung und Verleugnung der Wunde. Die Verdrängung kann so weit gehen, dass beispielsweise Schmerzen nicht wahrgenommen werden. Andere Symptome wie Exsudation oder Geruch versuchen Betroffene im Alltag mit einfachen Mitteln wie Einlagen, Parfüms, Deosprays und Ähnlichem zu händeln. Häufig ist es schwer vorstellbar, wie betroffene Menschen mit exulzierenden Wunden ihr Leben und ihren Alltag gemeistert haben und erst nach einiger Zeit Unterstützung und Hilfe zulassen (können), häufig auf Drängen ihrer An- und Zugehörigen.

Menschen mit exulzierenden Wunden berichten oftmals über Ängste, wie „vom Tumor aufgefressen zu werden“ oder bei „lebendigen Leib zu verfaulen“. Diese Ängste teilen häufig auch ihre An- und Zugehörigen. Der Ekel vor sich selber und schockierende und ablehnende Reaktionen der Mitmenschen können sogar zu dem Wunsch nach Euthanasie führen (Uebach 2012a: 173).

Innerhalb vieler Partnerschaften, so zeigen Erfahrungen, reduziert sich der Körperkontakt auf das mechanistische Versorgen des Partners; zu groß ist das Gefühl von Hilflosigkeit und Ekel. Diese unfreiwillige Distanzierung führt bei vielen Lebenspartnern zu Scham- und Schuldgefühlen (ebd.).

Viele Familien fühlen sich durch das Warten auf den Pflegedienst, der den u. U. täglich notwendigen Verbandwechsel vornimmt, und welcher gerade bei großen, exulzierenden Tumorwunden ein bis zwei Stunden dauern kann, massiv in ihren außerhäuslichen Aktivitäten eingeschränkt (Panfil et al. 2010: 137). Wichtige Therapieziele der Behandlung chronischer Wunden aus Patientensicht sind u.a. weniger auf Arzt- und Klinikaufenthalte angewiesen zu sein, ein weitestgehend normales Alltagsleben führen zu können, weniger Zeitaufwand mit der täglichen Behandlung und mehr Kontakte mit anderen Menschen haben zu können. Weitere Ziele beziehen sich auf körperliche Symptome und Begleiterscheinungen und auf die Auswirkungen in verschiedenen Lebensbereichen – psychisch, sozial und spirituell (Augustin 2012). Belastungen, Probleme und Einschränkungen in allen

Lebensbereichen, vergleichbar mit dem Total-Pain-Modell, und die außergewöhnliche Situation der Menschen mit exulzierenden Wunden erfordern hohe Empathie, Sensibilität und kommunikative und fachliche Kompetenz – aber auch Phantasie, Kreativität und Mut, auch neue und manchmal unkonventionelle Wege zu beschreiten, um den Bedürfnisse und Wünschen der betroffenen Menschen bestmöglich gerecht zu werden und um in der verbleibenden Lebenszeit größtmögliche Lebensqualität zu erreichen (Uebach/Kern 2010: 2). Alle geplanten Interventionen sind Angebote. Die Entscheidung liegt bei jeder/m Patientin/en selbst. *Sie* sind die Experten und müssen mit ihrer Wunde (und der entsprechenden Versorgung) in seinem Leben und Alltag zurechtkommen.

## **Behandlungsziele**

Grundsätzlich ist folgendes Vorgehen zur Ermittlung der Therapieziele empfehlenswert:

- I. Orientierende Befragung und Untersuchung der/s Patientin/en zur Klärung der individuellen Belastungen.
- II. Vertiefende Klärung seiner Bedürfnisse und Therapieziele im Gespräch.
- III. Erstellung von Therapiezielen mit kurz- und mittelfristigen Zeitlinien.
- IV. Bei den Folgevisiten Kontrolle der Erreichung dieser Ziele (Augustin 2012: 20).

## **Ziele mit Bezug auf das psychische und soziale Wohlergehen der/des Betroffenen und ihrer/seiner Zugehörigen:**

- Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung – respektvoller, wertschätzender Umgang.
- Stärkung des Selbstwertgefühls trotz Verletzung der körperlichen Integrität: Erhalt der Integrität der Person! Oder: Der Mensch ist mehr als seine Wunde!

## **Leitlinien der DGP Sektion Pflege: Exulzierende Wunden**

- Erhalt und/oder Förderung sozialer Integrität sowie Integration in soziale Bezüge (Feichtner 2006: 353).
- Alltag aufrechterhalten.
- Unterstützung der/des Betroffenen im Erleben und in der Auseinandersetzung mit der exulzierenden Wunde und dem veränderten Körperbild.
- Unterstützung der/des Betroffenen im Erleben und in der Auseinandersetzung mit veränderter Sexualität, Intimität und Partnerschaft.
- Unterstützung der Zugehörigen in der Auseinandersetzung und im Umgang mit der/dem Betroffenen und den damit verbundenen Auswirkungen und Bedeutungsaspekten (a.a.O.).
- Frühzeitige, interdisziplinäre Vorausplanung von potentiellen Notfällen (z.B. arterieller Blutungen) (a.a.O.).

### **Ziele mit Bezug auf das physische Wohlergehen und die Wundversorgung**

- Linderung wundbezogener Schmerzen
- Geruchslinderung
- Exsudatmanagement
- Atraumatische Verbandswechsel: Blutungen vermeiden und falls möglich Blutstillung
- Schutz des Wundrands / der Wundumgebung
- Auswahl kosmetisch akzeptabler Wundauflagen
- Verhinderung/Behandlung von Infektionen (Feichtner 2006: 353)

## **Assessment**

### **Wundanamnese**

Die Wundanamnese erfasst bei Menschen mit exulzierenden Tumorwunden alle Aspekte, die für den Erhalt und/oder die Verbesserung der Lebensqualität relevant sind. Der Fokus liegt hier auf dem subjektiven Erleben der Patientin/des Patienten

mit seiner Wunde und deren Auswirkungen seinem Alltag und sein soziales Umfeld (mod. nach Schröder/Panfil 2010: 353).

Das Erleben, die Einstellungen, Wünsche, Bedürfnisse und Probleme der/des Betroffenen sollten im Rahmen eines oder mehrerer Gespräche sensibel hinterfragt werden. Dabei können die in Tab.1 aufgelisteten Themen Hilfestellung bieten. Sinnvoll kann je nach Situation des betroffenen Menschen auch der Einsatz eines krankheitsspezifischen Fragebogens sein. Der Fragebogen „WoSSAC: Wound Symptom Self Assessment Chart“ von W. Naylor (Naylor 2001: 33ff.), welcher zielgerichtet für die Selbsteinschätzung der Lebensqualität und Symptombelastung von Menschen mit exulzierenden Tumoren konstruiert, allerdings noch nicht validiert wurde, besteht aus 21 Fragen. Diese richten sich an die Patientin/den Patienten und können von ihr/ihm nach einer Einweisung in die Handhabung, selber ausgefüllt werden. Als Antwortmöglichkeiten dienen entweder Visuelle-Analogskalen oder Likert-Skalen. Die Werte, wöchentlich erhoben, werden anschließend in ein Verlaufsprotokoll eingetragen und ermöglichen so nicht nur die visuelle Darstellung des Status-quo zu Beginn der Betreuung, sondern erlauben eine Verlaufsbeobachtung und somit eine Evaluation der eingeleiteten Maßnahmen. Der Einsatz sollte sehr sorgfältig überdacht werden und ist abhängig von der aktuellen Befindlichkeit der betroffenen Menschen – physischen, psychischen und kognitiven Fähigkeiten, ihrer aktuellen Belastung und Belastbarkeit, der zu erwartenden verbleibenden Lebenszeit und der Gesamtsituation.



[Tab. 1] Wundanamnese: Mögliche Einschränkungen für den Patienten

- Juckreiz	- Auswirkungen der Wunde auf die Stimmung (Depression?)
- Geruch der Wunde	- Gefühle wie Scham, Schuld, Kontrollverlust
- Blutungen der Wunde	- Einschränkungen, die durch die Häufigkeit / Dauer des Verbandwechsels bedingt sind
- Durchnässen des Verbandes / der Kleidung	- Auswirkungen der Wunde auf partnerschaftliche Nähe, Intimität
- Sitz des Verbandes	- Auswirkungen der Wunde auf die Familie (Rückzug)
- Schwierigkeiten bei der Wahl der Kleider	- Durch die Wunde verursachte Probleme bei Bewegungen
- Auswirkung des Verbandes auf das Aussehen	- Durch die Wunde verursachte funktionale Probleme beim Sprechen, Hören, Sehen, Essen / Trinken, Schlucken
- Auswirkungen der Wunde auf das Selbstwertgefühl	- Auswirkungen der Wunde auf das Körperbild
- Auswirkung der Wunde auf soziale Interaktionen (soziale Isolation?)	- Wundbedingte Schmerzen
- Auswirkungen auf den Schlaf	- Auswirkungen auf den Appetit

Uebach, B./Kern, M. 2011

### Wundanalyse<sup>1</sup>

Wundanalyse, auch Wundassessment genannt, ist die Beschreibung der lokalen Wundsituation anhand vorgegebener Parameter, wie z. B. der Größe der Wunde (mod. nach Schröder/Panfil 2010: 353).

Ein ausführliches Wundassessment ist Voraussetzung für eine individuelle, angepasste Wundversorgung, für die Verlaufskontrolle und Beurteilung der Wirkung der getroffenen Maßnahmen. Die Wundanalyse erfolgt nach Spülung der Wunde. Erhobene Befunde werden dokumentiert. Hier eignet sich für exulzierende Tumorzellen besonders der HOPE Wundbogen – einzusehen auf der DGP-Homepage. Die schriftliche Wunddokumentation kann mit Einverständnis der betroffenen

<sup>1</sup> Mit freundlicher Genehmigung des Thieme Verlags entnommen aus: B. Uebach (2012) „Wundversorgung in der Palliative Care, Teil 1“, Zeitschrift für Palliativmedizin, H. 4, Jg.13, S. 256-260

## **Leitlinien der DGP Sektion Pflege: Exulzierende Wunden**

Menschen durch eine digitale, fotografische Dokumentation unterstützt werden. Dieses muss sehr vorsichtig erfragt und angesprochen werden, um keinesfalls ein Gefühl des „zur Schau gestellt werden“ aufkommen zu lassen. Außerdem muss sehr gut überlegt werden, ob der Nutzen die Belastung des Patienten rechtfertigt!

Das Assessment wird zu Beginn einer Versorgung erhoben. Eine Einschätzung der Wunde erfolgt bei jedem Verbandswechsel. Veränderungen und Auffälligkeiten werden grundsätzlich dokumentiert. In regelmäßigen, zeitlich festgelegten Intervallen wird ein Re-Assessment durchgeführt und dokumentiert. Auf dem HOPE Wundbogen wird ein Assessment zu Beginn und mindestens zum Ende der Wundbehandlung empfohlen. Grundlagen zur Versorgung exulzierender Wunden basieren auf Empfehlungen des Expertenstandards „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“ des Deutschen Netzwerks für Qualitätssicherung in der Pflege (DNQP 2009: 35ff. und 100ff.).

### **Wundart**

Hier wird die Wundart beschrieben wie z.B. exulzierender maligner Tumor; Dekubitus mit Gradeinteilung; etc.

### **Wunddauer**

Es wird dokumentiert, wie lange die Wunde besteht. Wobei beziehungsweise zu obigen Ausführungen Diskrepanzen zwischen Wundgröße, Beschaffenheit der Wunde und der von den betroffenen Menschen angegebene Zeitspanne beobachtet werden können.

### **Wundlokalisierung**

Hier wird der Wundort beschrieben (z.B. rechte Brust) und dokumentiert (z.B. Einzeichnen in ein Dokumentations-Körperbild). Die Wundausrichtung kann mit Hilfe der Uhrmethode festgehalten werden (12 Uhr steht für zum Kopf, 6 Uhr für zu den Füßen gerichtet).

## Wundgröße

Die regelmäßige Erfassung der Wundgröße ist bei kurativen Wunden wichtig, da sich anhand der Größenveränderung feststellen lässt, ob die gewählte Wundbehandlung Erfolg zeigt. Bei einer palliativen Wunde spielt eine auf den Millimeter genaue Feststellung ihrer Größenausdehnung eine weniger bedeutende Rolle. Nutzen und Belastung der gewählten Maßnahmen zur Größenbestimmung müssen daher abgewogen werden. Die Wundgröße wird anhand eines Papierlineals gemessen und dienen der Identifikation des Patienten bei fotografischer Wunddokumentation. Dabei wird vertikal und horizontal jeweils der größte Abstand der Wundränder zueinander bestimmt. Die Größe wird in Schritten von 0,5 cm angegeben. Wundtiefe, Unterminierungen, Taschen und ggf. Fisteln mit Hilfe steriler Materialien wie z. B. Knopfsonden und Pinzetten. Die Tiefe wird in Zentimetern und die Ausrichtung mittels der Uhrmethode dokumentiert. Andere Verfahren zur Bestimmung der Ausdehnung einer Wunde kommen im palliativen Kontext eher selten zur Anwendung.

## Wundgrund

Der Wundgrund wird nach der Wundspülung (Reinigung) beschrieben. Fest auf dem Wundgrund verhafteter gelber Belag ist i.d.R. **Fibrin**. Feuchter, eher weicher gelber Belag, der nicht am Wundgrund verhaftet ist, weist auf eine **feuchte Nekrose** hin. Schwarzer Belag hingegen zeigt sich bei **trockener Nekrose** oder aber auch bei **Blutverkrustungen**. Das **Granulationsgewebe** ist Bindegewebe und wächst aus der Tiefe des Wundgrunds. Granulationsgewebe sieht körnig und durch das Einsprießen von Blutgefäßen rosig, gut durchblutet aus. **Epithelgewebe** hat eine blassrosa Farbe, oft als „helles Häutchen“ erkennbar.

## Wundexsudat

Das Wundexsudat kann hinsichtlich der Qualität und Quantität beschrieben werden.

### *Quantität des Exsudats*

[Tab. 2]: Exsudataufkommen (Quantität)

massiv	Verband und Kleidung sind durchtränkt
sehr stark	Verband und Kleidung sind nass
stark	Verband und Kleidung sind feucht
mittel	Verband ist feucht, Kleidung an einigen Stellen verschmutzt
moderat	Nur der Verband ist nass
wenig	Nur der Verband ist feucht
kein	Verband ist trocken

mod. nach Grocott (2001); Übersetzung: Uebach, B.

Damit die Angaben aussagekräftig und vergleichbar sind, müssen die Häufigkeit der Verbandwechsel, die Wechselintervalle und ggf. die Zeit seit dem letzten Verbandwechsel angegeben werden bzw. gleich sein.

### *Qualität des Exsudats*

Hier kann das Exsudat hinsichtlich der Farbe und Konsistenz beschrieben werden (z. B. klar, milchig, trüb, blutig, dünn-, zähflüssig).

## Wundgeruch

Eine Bewertung des Geruchs in „faulig, fäkal, süßlich oder säuerlich“ entspricht einer subjektiven Einschätzung der wahrnehmenden Person, weshalb von einer qualitativen Bewertung abzuraten ist. Die Wahrnehmung des Geruchs kann aber quantitativ erfasst werden.

[Tab. 3]: Erfassung des Geruchs (quantitativ)

sehr stark	Der Geruch ist im Haus, auf der Station wahrnehmbar, Verband ist intakt
stark	Der Geruch ist bei Betreten des Zimmer (1,5-3 Meter vom Patienten) wahrnehmbar, der Verband ist dabei intakt
moderat	Der Geruch ist unmittelbar beim Patienten wahrnehmbar, der Verband ist intakt
leicht	Der Geruch ist unmittelbar beim Patienten wahrnehmbar, der Verband ist entfernt
kein	kein Geruch wahrnehmbar, gelöster Verband

mod. nach Grocott, P. (2001); Übersetzung: Uebach, B.

### Blutungen der Wunde

Sinnvoll zur Einschätzung und Beschreibung von Blutungen sind Unterscheidungen nach möglichen Auslösern, z. B. Kontaktblutungen oder Spontanblutungen oder nach Stärke und Ausmaß der Blutung:

- Keine Blutung
- Leichte, oberflächliche Blutung
- Mäßig starke Blutung
- Akute, starke Blutung

### Wundrand

Definition Wundrand: Unmittelbarer Übergang von der Wunde zur Umgebungshaut (Schröder/Panfil 2010: 165).

Der Wundrand wird folgendermaßen beschrieben: Z. B. gut begrenzt, diffus, erhaben, eingerollt, unterminiert, zerklüftet, mazeriert; auf die klassischen Entzündungszeichen (Rötung, Schmerz, Schwellung, Überwärmung, eingeschränkte Funktion) sollte geachtet werden.

## Wundumgebung

Definition Wundumgebung: Das die Wunde umgebende Areal (Schröder/Panfil 2010: 165).

Beschrieben werden:

- Hautstruktur: z. B. straff, trocken, feucht, glatt, glänzend, schuppig, haarlos, pergamentartig, geschmeidig, elastisch, Hornhaut, ödematös, geschwollen, mazeriert
- Hautfarbe: z. B. gerötet, blass, livide, bräunlich
- Hauttemperatur: z. B. normal, überwärmt

## Infektionszeichen

Sind Infektionszeichen wie Rötung, Überwärmung, Schmerz, Schwellung der Wundränder, ggf. eine Zunahme des Geruchs und des Exsudats festzustellen?

## Maßnahmen

### Allgemein

- Wünsche des betroffenen Menschen sowie seiner An- und Zugehörigen sind handlungsleitend.
- Vertrauensperson, vertrauensvolle Beziehung! Psychosoziale Unterstützung.
- **Cave!**: Sorgfältige Vorbereitung zum, Rahmenbedingungen beim und Nachsorge nach dem Verbandswechsel – Störungen vermeiden!
- Persönliche Vorbereitung der Behandler zum Verbandswechsel.
- Selbstschutz, Selbstpflege; Eigene Grenzen erkennen, Umgang mit Gefühlen, z. B. Ekel, Wut, Trauer (bei der/dem Betroffenen und bei sich selbst), Mitgefühl/-leid.
- Ggf. psychologische, psychoonkologische, psychotherapeutische Begleitung.

**Möglichkeiten der Lokalbehandlung wundbezogener Probleme<sup>2</sup>**

Problem	Mögliche Maßnahmen / Produkte
---------	-------------------------------

---

<sup>2</sup> Mit freundlicher Genehmigung des Thieme Verlags entnommen aus: B. Uebach (2012) „Möglichkeiten der Lokalbehandlung wundbezogener Probleme“, Beilage der Zeitschrift für Palliativmedizin, H. 6, Jg.13.

Starke Exsudation	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Superabsorber (z.B. Mextra®, Sorbion Sacht S®) beinhalten ein Kunststoffgranulat und können mehrere 100 ml Flüssigkeit unter Volumenausdehnung aufnehmen. Aufgrund des hohen Gewichts, das die Verbände erreichen können, sollten sie nicht vollständig gesättigt und rechtzeitig gewechselt werden. Vorsicht bei der Fixierung mittels Folie: Ausdehnung des Superabsorbers bedenken.</li><li>➤ Feinporige Polyurethanschaum- / Hydropolymerverbände (z.B. Askina Foam®; Bia-tin®); Hydrokapillarverbände (z.B. Alione®). Die Verbände sind selbsthaftend oder werden mit einem Sekundärverband (Folien-VW, Rollenpflaster, Binden) fixiert. Ausreichend über den Wundrand hinaus legen. Bevor die Feuchtigkeitsflecken den Wundrand erreicht haben, sollten die Schaumverbände gewechselt werden.</li><li>➤ Saugkompressen (z.B. Zetuvit®) kaum noch gebräuchlich aufgrund wirkungsvoller und hautschonender Materialien s.o.. Anwendung evtl. als zusätzliche Verbandslage bei starker Exsudation, die von der Patientin / dem Patienten oder den Zugehörigen leicht erneuert werden kann oder auf ausdrücklichen Wunsch der Patientin / des Patienten.</li></ul> <p><b>Bei Wundhöhlen ggf. in Kombination mit:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Alginat (z.B. Askina Sorb®): Alginat geben unter Druck (z.B. bei Lagerung) die aufgenommene Flüssigkeit fast vollständig wieder ab → Mazeration der Wundumgebung. Sie sind deshalb auf Wundgröße zuzuschneiden und mit einem Abstand von 1-2 mm zum Wundrand in die Wunde einzulegen.</li></ul>
-------------------	--



	<p>➤ Hydrofasern (z.B. Aquacel®) können das 25-fache des Eigengewichts an Wundexsudat aufnehmen. Die Wundumgebung bleibt trocken, da das Exsudat nur in vertikaler Richtung abgeleitet wird. Hydrofaserverbände dürfen deshalb über den Wundrand hinaus gelegt werden.</p> <p>Cavity Schaum (z.B. Allevyn plus cavity®): Material dehnt sich aus, deshalb Wundhöhle nur zur Hälfte lose austamponieren.</p> <p>Bei Fistelgängen mit starker Exsudation eignen sich auch Wunddrainage und ggf. Stomabeutel, wobei aber häufig eine Fixierung der Platte auf der Wunde schwierig ist.</p>
<p><b>mäßige - schwache Exsudation</b></p>	<p>➤ Dünne Polyurethanschaum-/Hydropolymerverbände (z.B. Allevyn thin®)</p> <p>➤ Hydroaktivverbände (z.B. 3M Tegaderm Absorbent®)</p> <p>➤ Hydrokolloidverbände (z.B. Hydrocoll®): Heute seltener angewandt, da Patienten bei den ersten beiden Möglichkeiten eine höheren Tragekomfort angeben</p>

<p><b>Irritation und Mazeration von Wundrand u. Wundumgebung</b></p>	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Präventiv: Gute Hautpflege!</li><li>➤ Wahl einer Wundauflage mit ausreichender Exsudataufnahmekapazität</li><li>➤ Angepasste Wechselintervalle</li><li>➤ Auftragen eines transparenten und atmungsaktiven Polyacrylfilms (z.B. Cavilon®, Cutimed® protekt, Askina® Barrierefilm)</li><li>➤ Folienverbände (z.B. Opsite®), dünne Hydrokolloide oder Stomaplatten auf den Wundrand kleben (vgl. Protz 2011, S.23)</li><li>➤ Auftragen einer dünnen Schicht Zinkcreme (z.B. dline ZCR ZincCream®): Da Gefahr der Mazeration der Haut nur kurzfristig, z. B. zum Fixieren von Haushaltsfolie über dem Verband (s. unter Geruch)</li></ul>
--	---

<p><b>Geruch</b></p>	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Ausduschen der Wunde mit Leitungswasser. Laut Studienanalyse fanden Forscher keine Unterschiede bei Patienten mit akuten und chronischen Wunden bezogen auf Infektionsrate, Wundheilung, wenn die Wunden nicht, mit Leitungswasser oder anderen Lösungen gespült werden. Empfohlen wird dabei die Qualität des Wassers, die Art der Wunde, die allgemeine Patientensituation, z. B. das Vorhandensein weiterer Krankheiten zu beachten (vgl. Panfil 2011: 37). Es wird häufig auch die Verwendung sogenannter Sterilfilter, wenn möglich, empfohlen und eine Antiseptik nach dem Duschen</li><li>➤ Antiseptika auf Octenidin- oder Polyhexanid-Basis</li><li>➤ Einsatz antimikrobieller Wundauflagen: silberhaltige Wundauflagen (z.B. <i>Actisorb Silver</i><sup>®</sup> o. <i>Acticoat Absorbent</i><sup>®</sup>); Hydrobalance Wundauflage mit antimikrobiellem Zusatz (z.B. <i>Supra-sorb X + PHMB</i><sup>®</sup>); wirkstofffreie Wundauflage mit hydrophober Wechselwirkung (<i>Cutimed Sorbact</i><sup>®</sup>)</li><li>➤ Applikation von medizinischem Honig (z.B. <i>Medihoney</i><sup>®</sup>): die enthaltenen hydrolytischen Enzyme hemmen das Wachstum von Bakterien. Zudem können potentiell noch verbleibende Bakterien kurzfristig den Zucker des Honigs metabolisieren, dessen Abbauprodukte nicht riechen. Ggf. nachteilig: erhöhte Verbandwechselfrequenz wg. erhöhter Exsudatproduktion (osmotischer Wasserentzug)</li></ul> <p><b>In Kombination mit</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Aktivkohle-Kompressen zur Adsorption von Geruchsmolekülen (z.B. <i>Carbonet</i><sup>®</sup>; in Kombination mit Silber: z.B. <i>Actisorb Silver</i><sup>®</sup>). Die Aktivkohleauflagen müssen die Wunde komplett abdecken, sonst können Geruchsmoleküle entweichen.</li></ul>
----------------------	--

**Bei anaerob besiedelten Wunden ggf.**

- Lokale Applikation des Antibiotikums Metronidazol. Spülung der Wunde mit Metronidazol-Infusionslösung und / oder Applikation eines Metronidazol-Gels ca. 3mm dick auf den Wundgrund.

**Option aus der Phytotherapie**

- Topische Applikation von Blattgrün: Chlorophyll-Lösung (Chlorophyll wasserlöslich 2,5 g + Aqua cons. Ad 100.0 g. Die Lösung ist konserviert mit Nipagin und Nipasol.)

**Zusätzlich**

- Täglicher Wechsel der Körper- und Bettwäsche, ausreichend Frischluft
- Einsatz von Raumsprays oder künstlicher Geruchsbinder Nidolor®
- Je nach Vorliebe des Patienten: Raumaromatisierung mittels herber, frischer Düfte wie z.B. Kiefer, Thymian, Eukalyptus, Pfefferminze oder Zitrone
- Geruchsbindung oder –neutralisation im Raum durch Kaffeepulver, Essigwasser, Rasierschaum, Katzenstreu, Zwiebelringe etc. **Ultima Ratio:** Einschließen des Geruchs durch Abdichten der Wunde nach außen z.B. mittels (Frischhalte-)Folie zu Besuchszeiten oder Teilnahme am öffentlichen Leben (vgl. Protz 2011: 22)

<b>Blutungen</b>	<p><b>Präventiv</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Atraumatische Verbandswechsel: Wahl von Wundauflagen, die nicht mit der Wunde verkleben, schonendes Ablösen der Wundauflagen durch vorheriges Anfeuchten</li><li>➤ Bei drohender Blutung: Notfallplan und Notfallbox mit erforderlichen Materialien für den Fall einer Blutung erstellen / bereithalten!</li><li>➤ Bereitlegen dunkler Tücher, um im Falle einer Blutung die Wunde und Umgebung abdecken zu können!</li></ul> <p><b>Leichte Blutung</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Auflegen von oder lockeres Tamponieren mit Alginat – oder Kollagen-Kompressen (z.B. Suprasorb® A oder C)</li><li>➤ Alternativ: Topische Applikation von Sucralfat-Suspension (z.B. Ulcogant®) auf die Blutungsquelle (off-label-use)</li><li>➤ Ggf. Applikation von Eiswürfeln oder Kühlelementen</li></ul> <p><b>Stärkere Blutung</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Kompressen mit Xylometazolin (z.B. Otriven®) oder Naphazolin nitrat (Privin®) tränken und damit die Blutungsquelle bedecken, ggf. komprimieren (off-label-use)</li><li>➤ Alternativ: Suprarenin® in der Verdünnung 1:10.000 (1 Ampulle Suprarenin-Injektionslösung 1:1000 mit 9 ml NaCl 0,9% verdünnen), auf eine Komresse lokal applizieren</li><li>➤ Tranexamsäure lokal oder systemisch (Regnard 2010: 116)</li></ul>
------------------	---

	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Einsatz von resorbierbaren Hämostyptika (z.B. Tabotamb<sup>®</sup>, Gelita<sup>®</sup> Tampon, Spongostan<sup>®</sup>Standard), diese können nach Applikation auf der Wunde belassen werden</li><li>➤ Nicht resorbierbares Hämostyptikum, das durch die Aktivierung von Gerinnungsfermenten blutstillend wirkt: Clauden<sup>®</sup>-Gaze (oder Clauden<sup>®</sup>-Tupfer)</li><li>➤ Anwendung von Trillium S 58 Tropfen, ein homöopathisches Arzneimittel zur Prävention und Behandlung von Blutungen. Die Tropfen werden lokal und / oder systemisch angewandt. Pflegende auf Palliativstationen und auch im ambulanten Bereich greifen inzwischen auf jahrelange positive Erfahrungen zurück</li></ul>
--	---

<p><b>Schmerzen</b></p>	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Regelmäßiges Schmerzassessment vor, während und nach dem Verbandwechsel.</li><li>➤ Bequeme Lagerung des Patienten</li><li>➤ Rasch wirksame, unretardierte Resuemedikamente (Schmerz, Angst, Anspannung) vor dem Verbandwechsel – Zeitpunkt der Einnahme abhängig vom Wirkungseintritt des Medikaments</li><li>➤ Das Reinigen der Wunde erfolgt sanft durch Spülung oder Auflegen getränkter Kompressen und anschließend trockener Kompressen</li><li>➤ Spüllösungen vor Gebrauch erwärmen (z.B. durch Wasserbad, Einsatz eines Babykostwärmers)</li><li>➤ Die routinemäßige Verwendung von Pinzetten oder Gaze zum Abwischen der Wundoberfläche ist nicht zu empfehlen: besser Spülung mittels Spritze und ggf. Einmal- oder Absaugkatheter, Infusionsflasche und Infusionssystem oder ggf. mit einer Munddusche</li><li>➤ Manipulationen an und in der Wunde (z.B. Stechen oder Anstoßen) unbedingt vermeiden</li><li>➤ Atraumatische Verbandwechsel: Wahl von Verbänden, die beim Anlegen und Entfernen Traumata/Schmerzerfahrung vermeiden oder zumindest auf ein Minimum reduzieren (z.B. Hydrofaser, Hydrogel, Schaumstoffverbände, perforierte nicht haftende Silikonverbände)</li><li>➤ Schonendes Ablösen der Wundauflage durch vorheriges ausreichendes Anfeuchten mit angewärmter Ringerlösung, isotonischer Kochsalzlösung oder abgekühltem Salbeitee (2- 3 EL Salbei mit 1 Liter kochendem Wasser übergießen und mindestens 4 Minuten ziehen)</li><li>➤ Möglichst große Wechselintervalle, um Schmerzen, mögliche Kontaktblutungen und die häufige Konfrontation des Patienten mit der Wunde zu vermeiden</li><li>➤ Adäquater Wundrandschutz und Schutz der umgebenden Haut, um Irritationen und Mazeration zu vermeiden (s.o.)</li><li>➤ Ggf. Einsatz anästhesierender (z.B. Xylocain® - Gel, Emla® Pflaster oder Salbe) oder analgetischer Gele auf Morphinbasis zur Linderung von Wundschmerzen:</li></ul>
-------------------------	---

<b>Juckreiz</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Frage: Unverträglichkeit Verbandsmaterial?</li><li>➤ Kühlung</li><li>➤ Entzündungsreaktion eindämmen: Z. B. NSAID, topisch Kortikoid</li></ul>
	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Ggf. Einsatz anästhesierender (z.B. Xylocain® - Gel, Emla® Pflaster oder Salbe)</li><li>➤ Evtl. TENS auf der intakten Haut zwischen Wunde und Wirbelsäule (Regnard 2010: 247)</li><li>➤ Je nach Bedürfnis und Wunsch des Patienten: Entspannungsverfahren, Ablenkung</li></ul>

## Evaluation

Regelmäßige Einschätzung der Wunde und die Rückmeldung der betroffenen Menschen sowie ihrer An- und Zugehörigen ermöglichen die erforderliche Verlaufskontrolle. In der palliativen Wundversorgung bestimmen das aktuelle Befinden der betroffenen Menschen und die zu erwartende verbleibende Lebenszeit die Häufigkeit und Intervalle der Erfassung. Zielsetzung, Wirksamkeit und Angemessenheit der Maßnahmen u n d müssen kontinuierlich analog des Pflegeprozesses oder Deming-Kreislaufes (Plan- Do-Check-Act) überprüft und ggf. angepasst werden.

## An- und Zugehörigenedukation

Der Grundsatz lautet: Betroffene Menschen sowie ihre An- und Zugehörigen dort abzuholen, wo sie stehen. Das bedeutet, dass die Biografie, die Einstellung zur und die



## Leitlinien der DGP Sektion Pflege: Exulzierende Wunden

Bewertung der Erkrankung, Erfahrungen, der aktuelle Wissensstand, persönliche Ressourcen und Bewältigungsstrategien berücksichtigt werden müssen.

Erfahrungen zeigen, dass einige, der/m Betroffenen nahestehende Menschen beim Anblick der Wunde überfordert sind und großes Mitleid, Hilflosigkeit aber auch Ekel empfinden. Verbunden mit der Angst, den geliebten Menschen zu verlieren.

Das Gefühl des Ekels führt oft zu einer Distanzierung von dem geliebten Menschen, dem man eigentlich in dieser Zeit des Leidens auch körperlich nahe sein möchte. Gefühle wie Scham und Schuld sind dann Folge dieses Nicht-könnens-aber-eigentlich-wollens, manchmal noch verstärkt durch das Unverständnis anderer Mitmenschen, die das Abwenden nicht als Schutzreaktion, sondern als „im Stich lassen“ wahrnehmen und dementsprechend bewerten (a.a.O.: 10).

Einige An- und Zugehörige übernehmen erstaunlich sicher und mit notwendiger Distanz nach Anleitung die Versorgung der Wunde. Das aktive Tun als eine Möglichkeit zur Bewältigung.

Häufig wirkt es auf betroffene Menschen und dessen An- und Zugehörige erleichternd und entlastend, wenn ihre Gefühle wahrgenommen und Verständnis, Akzeptanz, Mitgefühl und Gesprächsbereitschaft signalisiert wird. Aufgabe der Pflege ist in diesem Zusammenhang eine sensible Ermittlung der Bedürfnisse der Patientin/des Patienten sowie der An- und Zugehörigen, um angepasste Angebote vorstellen zu können. Einige wünschen Informationen zu Ursachen und Versorgungsmöglichkeiten der Wunde. Beratungen, Anleitungen und Schulungen vermitteln Sicherheit und Handlungsfähigkeit. Andere An- und Zugehörige sind physisch und psychisch nicht in der Lage, einen Verbandswechsel selbstständig durchzuführen.

Betroffene Menschen mit ihren An- und Zugehörigen sollten frühzeitig schonend und verständlich über mögliche Komplikationen aufgeklärt werden, insbesondere bei Gefahr einer Blutung. Ein sogenannter Notfallplan zeigt Handlungsempfehlungen (zu verabreichende Medikamente, durchzuführende Maßnahmen, zu benachrichtigende u. unterstützende Personen, Ansprechpartner) gibt Sicherheit und ermöglicht Handeln auch in Krisen- oder Ausnahmesituationen! Der Notfallplan muss mit allen an der

## **Leitlinien der DGP Sektion Pflege: Exulzierende Wunden**

Versorgung Beteiligten besprochen werden. Er muss gut zugänglich bei der Patientin/dem Patienten aufbewahrt werden. Eine unverzügliche Einsicht muss für alle Beteiligten gewährleistet sein. Erforderliche Materialien für den Notfall sind vorausschauend zu verordnen und bei der Patientin/dem Patienten zu lagern. Patientin/Patient und An- und Zugehörige sind in der Handhabung der Materialien anzuleiten. Rückfragen und Wiederholen sind jederzeit möglich (s.a. Wiggermann 2010: Beilage).

## **Literatur**

Andriessen, A./Eberlein, T. (2009): Palliative Wundversorgung. Was ist evidenzbasiert? In: MedReport; 33, S. 6-9.

Augustin, M. (2012): Lebensqualität und Therapienutzen gehören zusammen. In: HEALTHCARE Journal 02/12, Braun Melsungen AG, S. 18-21.

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2009): Expertenstandard „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden. Selbstverlag, Osnabrück.

Dowsett, C. (2002): Malignant fungating wounds. Assessment an management. British J of Communitiy Nursing; 7, S. 394-400.

Feichtner, A. (2006): Exulzierende Tumorwunden. In: Knipping, C. (Hrsg.): Lehrbuch Palliative Care. Hans Huber, Bern, S. 350-356.

Grocott, P. (2001): Developing a tool for researching fungating wounds. World Wide Wounds 2001, [www.worldwidewounds.com/2001/july/Grocott/Fungating-Wounds.html](http://www.worldwidewounds.com/2001/july/Grocott/Fungating-Wounds.html), Zugang Mai 2013.

Grocott, P./Dealey, C. (2004): Skin problems in palliative medicine. Nursing aspects. In: Doyle D. et al. (Hrsg.): Oxford Textbook of Palliative Medicine. Oxford University Press, Oxford, S. 628-640.

Kern, M./Uebach, B. (2011): Palliative Wundversorgung. Das Für und Wider abwägen. In: Certified Nursing Education (CNE.fortbildung), Heft 4, S. 13-15.

Naylor, W. (2001): Wound Symptoms Self-Assessment Chart (WoSSAC). In: Naylor, W. / Lavery, D. / Mallett, J.: Wound Management in Cancer Care. Oxford: Blackwell Science: S. 33-43.

Panfil, E.-M./Uschok, A./Osterbrink, B. (2010): Leben und Alltag von Patienten mit einer chronischen Wunde. In: Panfil E.-M./Schröder G. (Hrsg.): Pflege von Menschen mit chronischen Wunden. Hans Huber, Bern. S. 127-144.

Panfil, E.-M. (2012): Forschungsergebnisse in der Praxis nutzen. In: HEALTHCARE Journal 02/12, Melsungen: B. Braun Melsungen AG, S. 36-38.

Protz, K. (2012): Grenzerfahrung Exulzierende Wunden. In: pflegen: palliativ, Friedrich Verlag, Velber, S. 20-23.

Regnard, C./Dean, M. (2010): Praktische Palliativmedizin, Verlag Hans Huber, Bern, S. 178f und 247f.

Schröder, G./Panfil, E.-M (2010): Wundanamnese und Wundassessment. In: Panfil, E.-M./Schröder, G (Hrsg.): Pflege von Menschen mit chronischen Wunden. Hans Huber, Bern, S. 155-172.

Selby, T. (2009): Managing exudate in malignant fungating wounds and solving problems for Patients. Practice review. Nursing times.net <http://www.nursingtimes.net/nursing-practice-clinical-research/specialists/wound-care/managing-exudate-in-malignant-fungating-wounds-and-solving-problems-for-patients/5001103.article>, Zugang Mai 2013

Uebach, B./Kern, M. (2010): Wunden sind nicht immer heilbar. Palliative Wundbehandlung exulzierender Tumorwunden. Bonn: PalliaMed Verlag.

## **Leitlinien der DGP Sektion Pflege: Exulzierende Wunden**

Uebach, B./Kern, M. (2011): Die eigene Erschütterung zulassen. Palliative Versorgung exulzierender Tumorwunden. In: Pflegezeitschrift, Jg. 64, Heft 10, S. 606 – 610.

Uebach, B. (2012a): Wundversorgung in der Palliative Care (Teil 1). In: Zeitschrift für Palliativmedizin, Jg. 13, Heft 4, S. 172-176.

Uebach, B. (2012b): „Möglichkeiten der Lokalbehandlung wundbezogener Probleme“, Beilage der Zeitschrift für Palliativmedizin, H. 6, Jg.13.

Wiggermann M.: Pflegeplanung in der Palliativpflege. Vorausschauende Pflegeplanung. Notfallplan. Zeitschrift für Palliativmedizin, Jg, 11, Heft 4, Beilage.